

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

431

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 juin 1899 à 1 heure

Par ALPHONSE MOUREYRE

Né à Neuvéglise (Cantal) le 2 juin 1869

LICENCIÉ ES-SCIENCES NATURELLES

Lauréat de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

DES MANIFESTATIONS NERVEUSES

DE LA

SCARLATINE

PSYCHOSES INTRA ET POST-SCARLATINEUSES

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM. } FOURNIER, professeur
} GILLES DE LA TOURETTE et ROGER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

431

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 juin 1899 à 1 heure

Par ALPHONSE MOUREYRE

Né à Neuvéglise (Cantal) le 2 juin 1869

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES NATURELLES

Lauréat de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

DES MANIFESTATIONS NERVEUSES

DE LA

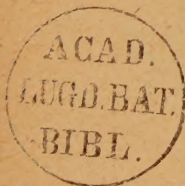
SCARLATINE

PSYCHOSES INTRA ET POST-SCARLATINEUSES

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur
 } GILLES DE LA TOURETTE et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	DEBOVE.
Pat ologie médicale	HUTINEL.
Pa ologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.....
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARBIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENTE MÈRE ET A MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MORT SOLDAT A TLEMCEN

A MON BEAU-FRÈRE, M. MARTROU

Directeur d'École primaire supérieure (Cantal)
Délégué des Instituteurs au Conseil Départemental

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique des maladies mentales
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

DÉS MANIFESTATIONS NERVEUSES
DE LA
SCARLATINE
PSYCHOSES INTRA ET POST-SCARLATINEUSES

Au début de notre thèse, nous sommes heureux de remercier les maîtres que nous avons eus au cours de nos études.

Nous adressons l'expression de notre gratitude, à MM. les docteurs Poirier, Julien, Girard, professeurs à la Faculté des Sciences de Clermont, pour leur bienveillance envers nous pendant notre préparation à la licence ès-sciences naturelles. Nous remercions M. le docteur Tixier, professeur d'anatomie à l'école de Clermont, dont nous avons été le prosecteur, des nombreuses marques d'affection qu'il a bien voulu nous témoigner. Nous conservons aussi une profonde reconnaissance pour M. le professeur Bousquet, directeur de l'École de médecine et pour MM. les professeurs Gagnon et Dourif, dont nous avons été l'interne, et pour MM. les docteurs Fouriaux, Planchard et Maurin.

Pendant nos trois années d'externat à Paris, nous avons eu l'honneur d'être l'élève dans les hôpitaux de M. le professeur Ricard, de M. le docteur Hip. Martin-Roux, de M. le professeur Roger à qui nous devons le sujet de notre thèse ; que ces maîtres reçoivent l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'ils ont eue pour nous et pour les précieuses leçons qu'ils nous ont données.

Que M. le docteur Legrain, notre maître actuel dans les Asiles, reçoive l'assurance de notre sincère dévouement.

M. le professeur Joffroy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous lui sommes très respectueusement reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait.

INTRODUCTION

A notre époque, la scarlatine est endémo-épidémique dans les grandes villes. A Paris, les malades (surtout les adultes), atteints de scarlatine, sont envoyés à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers. Cet hôpital est affecté exclusivement au traitement des maladies contagieuses et pour l'année 1898, il a compté 1495 entrées, dont 496 scarlatines. Depuis plusieurs années, tous ces malades sont traités par M. le docteur Roger, professeur agrégé. Pendant douze mois, nous avons vu dans son service, à titre d'externe séjournant à l'hôpital, près de cinq cents scarlatines. Ce savant maître a appelé notre attention sur un grand nombre de particularités cliniques, se rapportant à la scarlatine. Nous nous proposons d'étudier dans notre thèse, les manifestations nerveuses et surtout les troubles mentaux de cette maladie infectieuse. Avant de décrire ces phénomènes mentaux, nous passerons en revue les multiples manifestations nerveuses de la scarlatine ; tant il est vrai qu'une même cause pathologique peut intéresser simultanément les différentes régions du système nerveux.

DES MANIFESTATIONS NERVEUSES DE LA SCARLATINE.

L'invasion de la scarlatine est brusque, s'accompagne de frissons chez l'adulte ou de convulsions chez les enfants, d'une élévation subite de la température (39° à 40°) et d'une grande rapidité du pouls ; on note au début tout un cortège de phénomènes infectieux : pesanteur de la tête, insomnie, agitation cérébrale pouvant aller jusqu'au délire, ou bien tristesse, sensation d'accablement et d'épuisement ; nausées, suivies souvent de vomissements alimentaires ou bilieux ; anorexie, constipation et quelquefois diarrhée. L'épistaxis peut exister, chez la femme, la scarlatine entraîne souvent l'apparition des règles.

A la période d'état ou d'éruption, parmi les phénomènes locaux, le malade accuse souvent des démangeaisons qui peuvent s'étendre à tout le corps ; fréquemment, elles sont plus vives aux mains, aux lombes, à la paroi antérieure des aisselles et au cou. Les régions qui sont le siège d'une fluxion éruptive intense peuvent être douloureuses, gêner les mouvements (obs. 7). « On peut rapprocher de ce phénomène subjectif, un signe sur lequel un des externes du service M. Mayer, a appelé l'attention. Ce sont des picotements particuliers, ou des engourdisse-

ments que les malades éprouvent au niveau des mains et qu'ils ressentent, pendant ou même avant l'éruption ». (M. Roger, *Revue de Médecine*, 1899).

En pleine éruption, en pleine période d'état, les troubles de la sensibilité et de la motilité sont ordinairement des phénomènes généraux relevant de l'intoxication scarlatineuse. Dans les observations de scarlatine grave que nous donnons, nous relevons ces troubles paresthésiques ou moteurs. Toutefois ces phénomènes de paresthésie et de parésie généralisées ont un siège d'élection et c'est au niveau des extrémités. Si le malade s'assied difficilement, s'il éprouve des sensations douloureuses, lorsqu'il modifie son décubitus dorsal en décubitus latéral, s'il a une inaptitude manifeste pour tous les mouvements complets du corps, c'est aux mains que l'on mesure son degré de faiblesse ; elles serrent peu au dynamomètre ; elles fourmillent en passant de la chaleur du lit au contact de l'air, elles sont des mains mortes si le sujet fléchit les avant-bras. Ces phénomènes généraux permettent quelquefois de reconnaître parmi les malades atteints de scarlatine, des eczémas aigus, ou des érythèmes médicamenteux.

Vers la fin de la période d'éruption, les arthropathies qui « constituent un des symptômes les plus importants de la scarlatine », (M. Roger) occupent de préférence les jointures des doigts et les poignets. « Parmi les adultes, il en est peu qui y échappent ; seulement, dans la plupart des cas tout se borne à quelques douleurs passagères, durant deux ou trois jours ». Ayant contracté la scarlatine, en soignant des enfants dans une petite épidémie de

notre village, nous n'avons souffert que pendant une nuit d'une douleur vive au niveau du poignet droit. Ces éléments paresthésiques ou parétiques qui frappent les organes, les muscles de la vie de relation, semblent retentir sur le muscle cardiaque des scarlatineux. Leur cœur a de l'éréthisme ; M. Roger fait entendre chaque année à tous les élèves de son service ces souffles extra-cardiaques de la scarlatine, fréquents, variables dans leur siège et leur intensité et bien étudiés par un externe de service (thèse de 1898, M. d'Anfreville de la Salle).

Ainsi tout l'appareil neuro-musculaire souffre ; le malade a de l'insomnie, de l'agitation, des phénomènes mentaux variables. Mais chez certains sujets, le processus infectieux se localise et un examen clinique attentif permet de reconnaître des troubles symptomatiques de lésions isolées : névritiques, médullaires, bulbaires ou cérébrales. Ces phénomènes aussi variés qu'intéressants, s'accusent tardivement plutôt qu'à la période d'éruption. Par exemple, les paralysies scarlatineuses, comme les paralysies toxiques expérimentales, ne sont nettement systématisés qu'à la fin de la période d'état ou pendant la convalescence. Ces phénomènes nerveux intra et post-scarlatineux relèvent plus souvent de l'infection scarlatineuse que d'infections secondaires.

Toutefois, il faut reconnaître que les infections secondaires sont fréquentes à la convalescence. M. Roger les étudie dans la *Revue de Médecine*. Les inflammations suppuratives ou non frappent le pharynx, l'oreille moyenne ; les angines, sous forme d'amygdalites érythémateuses généralisées ou cryptiques « sont dues à des streptocoques ;

jamais nous n'y avons décelé du bacille diphtérique ». La revaccination a produit parfois chez les convalescents de scarlatine, des pustules entourées de zones inflammatoires. Un réveil de streptocoque dans les ganglions lymphatiques, crée des adénopathies tardives surtout angulo-maxillaires, parfois axillaires ou inguinales. La scarlatine favorise la méningite cérébro-spinale (Obs. 11). Tous ces produits toxiques, scarlatin ou d'infections secondaires, peuvent entrer dans la circulation : d'où la fièvre de Gumprecht, consécutive à la scarlatine, d'où le syndrome de la convalescence que décrit M. Roger. « Il existe, à la fin de la scarlatine, une sorte de syndrome qui, lorsqu'il est complet, se caractérise par une poussée fébrile, de l'albuminurie, des arthropathies et un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques. Le syndrome complet est rare, nous ne l'avons observé qu'une fois. Le plus souvent, le syndrome est incomplet ; le malade est pris, pendant la convalescence, d'une poussée fébrile avec adénopathies et assez fréquemment, albuminurie ; ou bien, la fièvre est liée à des arthropathies qui par leur multiplicité et leur mobilité, rappellent tout à fait celles du rhumatisme, » et quelquefois à des manifestations nerveuses tardives.

Manifestations cutanées. — Le poison scarlatin ou les toxines microbiennes d'infections secondaires déterminent parfois une seconde poussée éruptive vers la fin de la période d'état (Obs. 5 et 6). Nous signalons chez les convalescents de la scarlatine la grande fréquence de l'urticaire avec ses éléments boutonneux, rosés ; de l'érythème noueux avec des placards rouges aux genoux et aux cou-

des, de l'eczéma au creux poplité, aux aisselles, de l'eczéma suintant des bourses. L'herpès labial est encore plus fréquent.

Nous avons noté plusieurs cas de plaques de zona : une zona lombaire avec des placards de vésicules au-dessus de la crête iliaque, un zona à l'émergence du nerf sous-orbitaire (Obs. 3) et un zona du nerf sus-orbitaire.

OBS. — P..., âgée de 19 ans. La scarlatine débute, dans la nuit, le 30 avril 1899, par mal de gorge, céphalée et douleurs lombaires. Quelques heures après le début 39°,3. Au sixième jour, nouvelle poussée fébrile avec 39°, céphalalgie intense qui empêche le sommeil et en même temps douleurs au niveau du globe oculaire gauche. Le lendemain au réveil, elle remarque au-dessus de l'arcade orbitaire du côté gauche, immédiatement en dehors de la ligne médio-frontale, une plaque rouge, grande comme une pièce de deux francs, parsemée de petites vésicules : démangeaisons et douleurs dans la moitié correspondante de la tête ; pression du globe oculaire douloureuse, acuité visuelle un peu affaiblie et champ visuel normal. Au huitième jour, une seconde plaque apparaît immédiatement au-dessus de la précédente, moitié moins grande, qui se réunit à la première par un prolongement rougeâtre. L'éruption de zona est localisée sur le trajet du nerf sus-orbitaire ; la sensibilité de la région est normale. Au neuvième jour un peu de conjonctivite, qui disparaît avec quelques gouttes d'atropine. Au trentième jour, les deux plaques de zona sont encore visibles et à leur niveau persistent des démangeaisons très vives.

Accidents nerveux périphériques. — « Ce sont parfois des névralgies ; trois malades se plaignirent de sciatique, une autre de névralgie faciale double » (M. Roger). Parmi les malades de 1899, une fille névropathe présente à la convalescence une névralgie du nerf fémoro-cutané droit. Chez une nourrice de 24 ans, qui présente d'abord à la convalescence une arthropathie des genoux, les nerfs sciatiques sont douloureux à la pression. Le signe de Lasègue est assez net. La nuit il y a des paroxysmes douloureux siégeant en arrière des grands trochanters et s'irradiant vers le creux poplité, La douleur se réveille à l'occasion d'un effort ou d'un mouvement ; la marche est impossible.

Elle prend du salicylate de soude. Ces phénomènes douloureux furent passagers et disparurent après 4 ou 5 jours.

Lésions névritiques. — Des scarlatineux présentent des troubles spéciaux de la marche, lorsqu'ils sont autorisés à se lever. Les premiers pas sont souvent mal assurés et même douloureux. Dans l'observation qui suit nous relevons une démarche spéciale se rapportant aux pseudo-tabès post-infectieux, d'origine névritique. Un autre cas de pseudo-tabès post-scarlatineux a été observé par Greenhow (Thèse de Montpellier 1891, M. Paulet). Notre malade a une scarlatine sérieuse et à la période d'état présente une parésie généralisée, plus prononcée aux membres supérieurs où elle se localise à l'épaule gauche. A la convalescence, des troubles névritiques avec parésie et paresthésie portent sur les muscles fléchisseurs des pieds.

OBS. — Antoinette 19 ans, à Paris depuis 5 mois, domestique chez un nourrisseur. Début de sa scarlatine avec frissons, vomissements et diarrhée : insomnie et lassitude extrême.

Au sixième jour l'éruption se généralise, peau sèche, cuisante. Les lombes et l'abdomen sont particulièrement douloureux. Au dixième jour, l'éruption persiste, arthralgie et myalgie généralisées, vésicules d'herpès sur les lèvres. Angine rouge, langue dépouillée.

Pouls 148. Température 40° ; pas d'albumine, urines chargées. La nuit elle rêve, divague, se fâche contre sa mère, qui est en train de respirer le bon air à la campagne pendant qu'elle est souffrante. Au 12^e jour, l'éruption pâlit, quelques squames sur le cou, vésicules d'herpès s'étendent sur les narines ; les poignets sont très douloureux de même que la plante des pieds. Langue un peu sèche. Cœur bon. Pouls 122. Température 39°5.

Dans la nuit, un peu d'agitation ; plusieurs fois elle veut se lever. Elle garde, dans son rêve, un troupeau à la campagne, appelle son chien ; elle chante des chansons du Limousin. Elle reprend ses rêves chaque fois qu'elle ferme les yeux.

Au quatorzième jour, la fièvre baisse. De légères douleurs articulaires persistent, l'hypéréthésie musculaire est diminuée. Il existe de la parésie généralisée ; elle soutient à peine la tête, pendant qu'on la peigne.

Elle garde difficilement la position assise ; garde longtemps la même position, un décubitus latéral prolongé provoque des douleurs dans l'épaule correspondante.

Les jours suivants, les mouvements passifs de l'épaule la soulagent tandis que les muscles de l'omoplate restent douloureux.

Au dix-septième jour, on constate une nouvelle poussée fébrile

s'accompagnant de douleurs d'oreille. Otite moyenne suppurée trois jours après. A la suite de son herpès labial, elle présente des exulcérations qui vont en s'étendant. Lorsque l'écoulement de l'oreille gauche se produit, la température atteint la normale et s'y maintient désormais.

Au vingtième jour, elle a faim ; les masses musculaires sont amaigries, le deltoïde gauche est particulièrement atteint. Les jours suivants, elle accuse des douleurs tardives post-scarlatineuses au niveau des jambes et des articulations tibio-tarsiennes. Elle éprouve des sensations pénibles qui revêtent le caractère de fourmillements. Les mouvements passifs ne sont pas douloureux, les muscles sont légèrement endoloris à la pression. A la cuisse, les nerfs sciatiques ne sont pas douloureux. Elle soulève mal la jambe, elle fléchit le pied sans force.

Au 26^e jour, on permet à la malade de se lever. Le contact du sol détermine quelques fourmillements dans les pieds. Lorsque la malade joint les talons, elle ne peut pas rester immobile, les yeux fermés ; mais elle ne se tient pas mieux, les yeux ouverts ; seulement dans le premier cas, elle éprouve une sensation de vertige, d'ivresse. Les muscles extenseurs de la jambe sont trop faibles pour lutter contre les muscles fléchisseurs, pour ne pas tomber en arrière, elle prend sans cesse un point d'appui à l'aide des mains. Elle fait quelques pas et soulève assez haut le pied pour en détacher la pointe du sol.

Les jours suivants, les muscles légèrement endoloris permettent le massage, mais la marche devient vite pénible, les pieds sont alors douloureux ; il y a de la talalgie. On constate un léger œdème vers le dos du pied et en bas du tibia. Cet état dure pendant une quinzaine de jours pendant lesquels la ma-

lade se lève, mais dans la journée elle se repose souvent après une marche ou une station debout un peu prolongée.

A la période fébrile, l'infection avait porté sur toutes les parties de l'appareil neuro-musculaire; les troubles moteurs et sensitifs étaient liés à la fois à une intoxication portant sur les muscles, à un désordre nerveux médullaire ou périphérique. Tandis que les troubles des membres inférieurs sont liés à des lésions des nerfs, c'est surtout à une affection médullaire que semblent se rattacher les troubles moteurs du bras dont nous avons parlé plus haut, portant principalement sur la racine des membres ; les muscles des épaules restent en effet longtemps compromis. Et tandis que les troubles moteurs des avant-bras ont vite rétrogradé, les muscles de l'épaule sont encore douloureux trois mois après le début de la scarlatine, lorsque la malade se livre à ses occupations et qu'elle fatigue surtout ses bras. Les désordres nerveux et musculaires ont été plus forts sur l'épaule gauche. A ce niveau, une douleur vive la tient éveillée une partie de la nuit, au 3^e mois de sa maladie ; dans la journée elle ne ressent absolument rien. C'est à 3 mois et demi après le début de la scarlatine que la malade est bien portante.

Lorsque les troubles nerveux sont très prononcés, l'examen électrique fournit un important élément de diagnostic ; si la réaction de dégénérescence manque, c'est affaire centrale, si elle existe, c'est affaire périphérique. Les arthropathies scarlatineuses nous paraissent trop fugaces pour déterminer des amyotrophies d'origine articulaire.

Troubles médullaires : Paralysies. — Les paralysies d'origine centrale sont plus fréquentes et mieux connues

que les troubles moteurs d'origine périphérique. Dans les paralysies consécutives à la scarlatine, Gubler a vu des amyosthénies et M. le professeur Landouzy les a rattachées à des lésions centrales. Nous avons vu que des lésions périphériques comme le veut M. Déjerine peuvent également les déterminer. Gubler les regardait comme fréquentes ; ces paralysies ne sont pas très rares, mais avant de conclure à une paralysie d'origine centrale, on aura soin d'éliminer les troubles moteurs de nature hystérique.

A la période d'éruption, les parésies généralisées dont nous avons parlé, relèvent d'une imprégnation diffuse et légère des centres cérébro-spinaux par le poison scarlatin et ne méritent pas le nom de paralysies.

Les formes des véritables paralysies centrales sont multiples. La paralysie du début est une paralysie généralisée. Lorsqu'elle se produit en dehors de toute prédisposition névropathique, elle tient à la gravité de la scarlatine et le pronostic est défavorable. Pour Rilliet et Barthez, les malades présentant à ce moment des troubles moteurs succombent tous sans exception. Dans un cas (Thèse d'agrégation, 1880, M. Landouzy), l'issue fut favorable. Une enfant névropathe, de 5 ans, dès l'apparition de sa scarlatine, « perd la voix et devient complètement paralysée. Trois mois après, la guérison était complète ».

Les paralysies post-scarlatineuses revêtent surtout l'allure de paralysies cérébrales (M. Landouzy). Une enfant a de l'aphasie et de la parésie du bras droit. Nous avons observé des paralysies centrales non-cérébrales.

Obs. — Un malade tubiste, 29 ans, fait une paralysie d'abord généralisée, qui revêt ensuite la forme hémiplegique droite pour les membres et la face. Ayant eu une forte angine avec des exsudats pultacés abondants sur les amygdales, il fut atteint au deuxième jour de son éruption, d'une paralysie du voile du palais; les liquides pris sont rendus par le nez. L'examen bactériologique démontra qu'il ne s'agissait pas de diphtérie (M. Roger). Trois jours plus tard, au dixième jour de sa scarlatine, étant assis il eut une lypothymie. P. 112; pas d'albumine. Il ne peut pas se tenir debout; arthralgie des genoux. Le bras droit est manifestement plus faible que le gauche, une plaque d'hyperesthésie vers la nuque. Les muscles de la partie inférieure de la face sont atteints à droite. Pas de troubles de la parole. Ces accidents ne durent que quelques jours. Ce malade qui travaille dans l'air comprimé avait eu 4 ans auparavant une paralysie de la jambe droite, ayant duré 4 mois.

L'observation suivante montre aussi que la paralysie est d'abord très étendue; elle se systématise ensuite et prend une forme plus fixe. Une fille au douzième jour de sa scarlatine présente de la flexion du tronc avec contracture des muscles abdominaux; elle présente une paraplégie spasmodique qui devient ensuite flasque, se localise au membre inférieur droit et en même temps le bras du même côté se paralyse. La guérison demande plus de 3 mois pour être complète.

Obs. — Eugénie X...; 17 ans, employée de commerce. Début brusque: vomissements, selles diarrhéiques et coliques intestinales.

Au troisième jour, l'éruption est généralisée, 40°. Les muscles de l'abdomen ballonné sont très douloureux. Symptômes gastro-intestinaux persistent.

Au huitième jour, l'éruption pâlit, la température qui était en plateau au-dessus de 40° baisse à 39°5. Douleurs articulaires, diarrhées et vomissements par intermittences. Dans la nuit du onzième jour, alors que la température descend à 38°3 elle présente des phénomènes de contracture siégeant sur les muscles du tronc, les muscles grands droits de l'abdomen sont contracturés surtout vers leurs insertions inférieures. Il existe une plaque d'hyperesthésie, des douleurs vives vers la base de la région sacrée.

En outre elle présente une douleur lancinante vers la trachée. Respirations fréquentes : 50 ; Urines toujours sans albumine.

Le 13. — Le tronc reste contracturé en flexion, lorsqu'on la maintient debout. Elle garde la colonne vertébrale fléchie ; ses jambes sont raides et elle se soutient un peu sur la pointé des pieds qui sont étendus. Pas de sensations douloureuses dans les membres inférieurs, c'est de la paraplégie spasmodique, avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde légère.

Au quinzième jour, la paraplégie est flasque, incomplète ; elle remue ses jambes, mais elle refuse de prendre la station debout.

Absence de troubles de la sensibilité.

On constate une poussée fébrile, un peu de toux et quelques râles de bronchite.

Le dix-septième jour, râles et un foyer de broncho-pneumonie vers la pointe de l'omoplate droit. L'épaule droite est le siège d'hyperesthésie.

Au dix-neuvième jour, la paralysie flasque, est plus prononcée pour la jambe droite. Le bras droit est plus faible que le gauche. Le vingtième jour, paralysie sous forme d'hémiplégie droite incomplète et légère trépidation du pied droit. Troubles sphinctériens. Elle fait sous elle.

Le vingt-troisième jour. — Amélioration de son hémiplégie ; elle détache le talon du lit ; le bras droit exécute des mouvements plus assurés que les jours précédents. Troubles sphinctériens persistent. Une double eschare fessière. Cœur bon ; P. 116. Gêne respiratoire : R. 36 et pourtant les signes sthétoscopiques ont diminué.

Du vingt-cinquième au trentième jour. — Amélioration de tous les troubles. Cependant, les mouvements déterminent des tremblements, plus marqués du côté droit. Elle fait ensuite des poussées congestives dans son poumon droit. Il y a de la voussure à droite, de la submatité, vibrations affaiblies. Des ventouses sèches appliquées sur ce côté font disparaître du jour au lendemain cette voussure ; les masses musculaires de la gouttière spinale droite sont contracturées et produisent une dépression. Tous les muscles du côté droit (tronc et membres) sont plus excitables qu'à gauche.

A la fin du deuxième mois, dans sa famille, sa jambe est absolument raide et elle ne peut plus monter, ni descendre un escalier ; le matin elle ne peut remuer ses doigts, mais dans la journée sa main droite, a repris du mouvement.

A 2 mois et demi, elle souffre de sa jambe droite surtout au réveil. Les doigts de la main droite sont si raides qu'elle écrit presque illisiblement. Elle ne tousse plus.

A 3 mois et demi, la jambe droite est légèrement engourdie, mais seulement au réveil. Quant à l'appétit, elle a toujours faim.

Sano (*Journal de Neurologie*, 1899) cite un cas de paralysie post-scarlatineuse nettement systématisée. Un homme, 52 ans, plafonneur, au 7^e jour de sa scarlatine, est impotent des bras et des épaules. Il éprouve aux épaules des douleurs vives qui durent des semaines. Pendant plus longtemps encore, les muscles restent douloureux à la pression. La paralysie rétrocede successivement dans les avant-bras puis dans les bras, et les mouvements des épaules sont plus longtemps compromis : les mains restent toujours intactes. Pour Sano, certains noyaux des cornes antérieures de la moelle, qui sont moins bien irrigués, se ressentent les premiers de l'anémie et de l'intoxication. D'où une lésion radiculaire qui commande à son tour celle de diverses branches du plexus brachial.

Enfin nous avons vu un cas de *sténose laryngée post-scarlatineuse*, d'ordre paralytique.

OBS. — Marcel X..., 2 ans et demi, entre à l'hôpital en pleine éruption. Pas d'albumine. Vers le douzième jour, une poussée fébrile nouvelle avec de l'urticaire autour des genoux. Au dix-neuvième jour, température normale. L'enfant reste chétif, amaigri, pâle et garde le lit. Au vingt-septième jour, nouvelle poussée fébrile ; il ne demande plus à boire, tant il est faible.

Le trentième jour, un peu de toux rauque, puis le soir un accès de suffocation. Dyspnée inspiratoire ; tirage sus et sous-sternal.

Il est nécessaire de pratiquer le tubage et la dyspnée cesse. Immédiatement après, on injecte comme pour un croup 20 c. c. de sérum antidiphtérique ; mais les cultures du mucus bucco-pharyngé sont négatives au point de vue diphtérie. Pas d'œ-

dème, ni albuminurie. Une fois tubé, l'enfant respire bien, mais son asthénie musculaire généralisée s'aggrave. Il reste continuellement immobile dans son lit. Le lendemain du tubage, otite suppurée de l'oreille droite.

Il meurt le 4^e jour après le tubage. A l'autopsie le larynx est sain. On trouve des foyers disséminés de broncho-pneumonie dans le poumon droit; pas de gros ganglions intertrachéo-bronchiques. Les reins sont normaux.

Troubles bulbaires. — « Il est encore, dit Trousseau, un phénomène nerveux considérable et d'un bien sinistre présage : je veux parler de cette dyspnée qui, n'étant liée d'ailleurs, à aucune lésion matérielle appréciable du poumon, se retrouve avec sa triste signification dans un grand nombre de maladies septiques. »

Monsieur Roger a reconnu que le sang d'un scarlatineux injecté aux lapins, détermine des troubles chez ces derniers. Les urines contiennent également des produits toxiques spéciaux, (obs. 18.) Des auteurs anglais (Brit. medi. journal 1893) ont montré que des animaux inoculés avec l'extrait de rate de malades ayant succombé à la scarlatine meurent très rapidement : en présentant des accidents bulbaires. Dans d'autres maladies infectieuses, la dyspnée relève nettement de toxines microbiennes. A son cours de pathologie expérimentale et comparée, en 1899, M. le Professeur Chantemesse a injecté à un chien une faible dose de toxines typhiques ; des appareils enregistraient les révolutions cardiaques et respiratoires ; le rythme du cœur s'accéléra rapidement

après l'inoculation de la toxine et il s'installa une véritable dyspnée toxémique, d'origine nerveuse.

Dans l'observation 16, la malade meurt de cette dyspnée que Trousseau ne peut pas rattacher à une lésion appréciable du poumon, du cœur, de ses enveloppes ou des gros vaisseaux et qui avait pour lui la signification pronostique la plus redoutable.

Nous donnons une observation de scarlatine sans albuminurie, ayant présenté une dyspnée considérable, qui pendant plusieurs jours a fait craindre à M. Roger une terminaison fatale.

OBS. — Jeanne..., 20 ans, journalière. Début de la scarlatine le 2 novembre par nausées, vomissements. Le 5, elle ne peut plus marcher ; l'éruption est remarquée. Le 6, éruption généralisée. Hyperesthésie cutanée et musculaire. Insomnie. Langue dépouillée, un peu sèche. Eréthisme cardiaque. Pouls 144. Temp. 40°. Les bains froids déterminent des frissons assez vifs. Piqûre de caféïne. Le 7, l'état nauséux persiste ; elle a un aspect subictérique ; la sclérotique est un peu jaune. Les urines traitées par l'acide nitrique donnent des anneaux colorés en vert. Sérum artificiel ; caféïne. Le 8, pendant le jour elle s'agite, se plaint de gêne respiratoire ; les vomissements ont complètement cessé ; langue un peu sèche ; plus de teinte subictérique. Dans la nuit, à 11 heures, elle éprouve une douleur précordiale très vive ; elle sent un poids considérable au-dessous du mamelon gauche ; elle s'agite, elle se sent mourir. Nous comptons plus de 50 respirations à la minute, l'expiration est particulièrement bruyante, les battements du cœur sont fréquents. Caféïne. Toute cette nuit est particulièrement

angoissante, avec des bourdonnements d'oreilles ; des sensations de lumière offusquant la vue. Le 9, la malade ne peut pas garder la position assise, tout son corps tremble au moindre effort ; elle a encore quelques lypothimies, pas de syncope. Le 12, la fièvre persiste ; à 10 heures du soir elle est prise d'un nouvel accès syncopal avec gêne et angoisse dans la région précordiale et l'épigastre, elle s'agite ; la respiration est peu fréquente, et l'inspiration est profonde se faisant par plusieurs saccades. Le pouls est régulier, assez fort, à 130. Ce fut la dernière crise d'oppression. Les jours suivants elle entre en pleine convalescence.

ACCIDENTS CÉRÉBRAUX

A l'hôpital on ne voit pas de convulsions prodromiques ou convulsions que les enfants présentent quelquefois au commencement de l'éruption. Les phénomènes convulsifs qui se montrent au début des scarlatines malignes sont souvent une complication mortelle. Les convulsions portent surtout sur un côté du corps. Ces crises durent une ou deux minutes, mais elles vont en s'aggravant. La respiration devient stertoreuse et la scarlatine amène la mort en deux ou trois jours.

A la convalescence, les convulsions urémiques tardives sont également rares, et elles nous paraissent moins graves. L'albuminurie qu'on observe un mois après le début de la scarlatine et l'anasarque révèlent la nature de ces convulsions. Un garçon de 14 ans convalescent présente une première crise de convulsions intenses. Nous faisons aussitôt une saignée de 400 gr. En moins de 24 heures il eut 15 crises convulsives et il guérit.

Dans la scarlatine il y a une pesanteur de tête, mais pas de céphalée véritable. Lorsque la céphalalgie est intense, il faut craindre une complication ou penser à une scarlatine anormale.

Une malade âgée de 20 ans, a présenté une forme de scarlatine prolongée sans albuminurie ; la température

s'est légèrement abaissée quelques jours après le début de l'éruption, puis elle se maintient à 38° pendant deux semaines. Le seul symptôme que la malade accuse est une céphalée frontale continue avec photophobie peu intense.

Parmi les phénomènes cérébraux se placent les troubles mentaux ; leur description et leur évolution vont être l'objet d'une étude détaillée.

Des accidents nerveux intéressants, au cours de la scarlatine, sont essentiellement des phénomènes hystériques. Nous avons observé dans le service de M. Roger deux cas d'hystérie post-scarlatineuse. Dans un troisième cas, une malade présente à la période d'état des phénomènes d'abolie ; elle est âgée de 17 ans, de forte constitution, névropathe, mais sans stigmates nets d'hystérie. Au troisième jour d'une scarlatine régulière en pleine éruption elle reste 24 heures sans mouvement ; sa volonté est sans effet, elle ne peut pas remuer, et pourtant elle le voudrait bien. A la convalescence elle présente une névralgie du nerf fémoro-cutané droit. Elle reste apathique, de caractère bizarre très fortement préoccupée par sa méralgie.

OBS. — Berthe..., 22 ans, élevée à la campagne, elle est à Paris depuis un an. Elle présente des stigmates d'hystérie. Au cinquième jour d'une scarlatine normale, elle est atteinte de quadriplégie rigide avec contracture des muscles de la face et de l'abdomen ; les pieds sont en varus équin ; les bras restent accolés au tronc, les avant-bras fléchis peuvent exécuter de légers mouvements.

« Les traits sont immobiles, les yeux constamment mainte-

nus à moitié ouverts ; les muscles abdominaux sont si fortement contracturés que la malade ne peut s'asseoir. Au bout de deux jours, ces manifestations diminuèrent ; elles guérirent en six jours ». (M. Roger).

Emilie..., 24 ans. Depuis l'âge de dix ans sujette à des attaques d'hystérie qui se répètent pendant trois ans. Premières règles à 12 ans, d'abord régulières, depuis plusieurs mois elles sont plus fréquentes, tous les 15 jours. Pendant l'été 1897 elle fait une chute en descendant un escalier : contusions de la cuisse et du genou et une ecchymose du pied gauche ; elle garde le lit trois semaines.

En novembre 1897, quitte l'Alsace pour venir à Paris, à cause de sa marâtre et de ses deux filles qui lui reprochaient de ne pas assez travailler et la faisaient souvent pleurer dans la journée.

Domestique à Paris, elle souffre des genoux, surtout à gauche lorsqu'elle va au lavoir.

En février 1898 elle fait une scarlatine bénigne, sans albuminurie. Pourtant au huitième jour, il se produit une poussée fébrile (39°,7) avec un foyer de broncho-pneumonie, vers l'angle de l'omoplate droite. Au vingtième jour la malade se lève, mais on est obligé de la soutenir et de l'aider à se mettre sur une chaise ; elle s'attendait à pouvoir marcher : astasie-abasie paralytique nettement déterminée. Comme traitement, extrait de valériane et suggestion. Dix jours après elle peut marcher seule.

A cause de la fréquence relativement élevée des manifestations hystériques intra ou post-scarlatineuses, on doit rechercher avec soin les stigmates d'hystérie avant de conclure à l'existence de paralysies toxiques, lorsqu'on

remarque des troubles moteurs, à la période d'état ou à la convalescence d'une scarlatine.

Chez un petit convalescent de scarlatine, nous avons vu se produire des mouvements choréïques pendant plusieurs jours : grimaces de la face et mouvements rythmiques du bras droit.

Il existe quelques observations d'épilepsie par lésion cérébrale acquise, à la suite de scarlatine.

Dans la *Sem. méd.* 1892, M. Marie rapporte le cas suivant :

OBS. — Chez une petite fille âgée de 11 ans, était survenue une scarlatine, elle avait été violente et s'était accompagnée d'une profonde perte de connaissance pendant plusieurs jours. Une fois la scarlatine complètement guérie, les parents remarquèrent que souvent la petite fille restait court au milieu d'une phrase, en demeurant immobile, quelques instants après la parole et le mouvement revenaient d'une façon naturelle. En un mot il s'agissait de vertiges épileptiques nettement caractérisés. C'était d'ailleurs la seule manifestation. Cette jeune fille se maria à dix-huit ans et quelques mois après apparurent les premières attaques convulsives d'épilepsie. Celles-ci, dans la suite continuèrent fréquentes, elles existaient encore lorsque la malade mourut à soixante ans. En outre, à partir d'une certaine époque, étaient apparus des troubles très marqués de l'intelligence.

M. Raymond a observé chez un enfant de six ans, une sclérose en plaques post-scarlatineuse. (Thèse de 1898. Madame Rosa Landis).

Un auteur Allemand (*Presse médicale*, 1898) observe depuis 2 ans une maladie de Friedreich survenant après une scarlatine chez un enfant ne présentant pas de tare nerveuse héréditaire. Dans notre travail nous relatons des démences incurables et des idioties acquises après la scarlatine.

Dans les scarlatines qui guérissent, si on excepte les affections tardives chroniques, liées à des lésions organiques on reconnaît avec M. le docteur Roger que les manifestations nerveuses ne sont ni graves, ni durables; c'est que les désordres cérébraux médullaires n'aboutissent pas ordinairement à des destructions définitives. On connaît, en effet, des lésions des cellules nerveuses fort bien réparables, telles sont les lésions centrales portant sur le corps des neurones et dues soit à une irrigation sanguine défectueuse, soit à une auto-intoxication directe, ou enfin la chromatolyse consécutive aux altérations nerveuses périphériques.

Dans une maladie infectieuse grave, les unités anatomiques nerveuses, les neurones sont atteints simultanément dans toutes leurs parties, mais les départements nerveux médullaires, bulbaires ou cérébraux, qui constituent des *loci minoris resistentiæ*, ou ceux que le malade surmène dans la lutte pour la vie subissent les altérations les plus marquées.

PSYCHOSES DE LA SCARLATINE

Sous cette dénomination, nous comprenons les états mentaux morbides, délires ou folies, que des sujets atteints de scarlatines et le plus souvent sains d'esprit antérieurement, présentent à la période d'état ou à la convalescence de cette maladie.

Historique. — Dès la plus haute antiquité, les médecins ont connu au cours des maladies aiguës le délire passager, symptomatique d'une de ces maladies, ou délire fébrile qu'ils faisaient entrer dans le groupe confus des phrénésies avec le délire aigu ou phrénitis, idiopathique, dont l'existence tenait à deux conditions : la fièvre et la continuité du délire. Ils admettaient une deuxième classe de folies, les délires chroniques, comprenant la manie et la mélancolie. Ils décrivaient le délire fébrile à propos des maladies aiguës (la pneumonie, la pleurésie, etc), sans en faire une étude spéciale.

Au xvii^e siècle, en Allemagne, Sennert, médecin chimiste, qui a étudié la scarlatine reconnaît une sorte de similitude entre la cause occulte du délire et certains poisons. Dès cette époque on observe des délires toxiques produits par des substances vénéneuses.

Trousseau trace des tableaux saisissants de scarlatines graves ou malignes où des accidents cérébraux, des dé-

lires intenses permettent de distinguer la Scarlatine des autres fièvres exanthémateuses. Dans les scarlatines à forme grave, le délire, dit-il, manque rarement, et il est au moins aussi prononcé que dans la fièvre typhoïde la plus sévère. Alors les troubles survenus dans le système nerveux, se traduisent sous la forme d'un délire violent, d'une sorte de délire aigu, dans lequel le désordre des actes répond à celui des idées. Chez d'autres malades, on observe des délires plus doux, la carphologie, la jactitation, le coma et en quelques cas le coma vigil. On retrouve en un mot toutes les formes des accidents nerveux typhiques.

Depuis Sydenham jusqu'à notre époque beaucoup d'auteurs ont laissé des observations de troubles mentaux compliquant des maladies aiguës. Sydenham, qui n'a pas observé de délire scarlatin, a bien décrit une sorte de phrénésie, de délire aigu, qu'il voit dans la variole. Le sujet ne dort pas du tout, il pousse des cris fréquents, ses paroles sont mal articulées, la fureur est peinte sur son visage ; il prend avec avidité les remèdes et les boissons qu'on lui présente ; enfin les urines sont supprimées ; il emploie largement la saignée et les lavements.

En 1850, Thore examine la relation qui existe entre les maladies aiguës et la folie ; il reconnaît dans le délire fébrile un élément d'obtusion intellectuelle. Le délire infectieux se révèle le plus souvent par une brusque attaque de délire aigu maniaque et se caractérise par une grande agitation, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. La durée du délire varie de quelques heures à trois ou quatre jours et sa terminaison arrive souvent aussi

vite que l'attaque. A propos des fièvres éruptives, il cite un délire maniaque pendant la convalescence d'une rougeole, chez un adulte. Il ne mentionne pas la scarlatine.

En 1871, un médecin anglais trace le tableau d'une petite épidémie de scarlatine dans un asile. Parmi les personnes saines, il note une hallucination de la vue des mieux caractérisées. Une des aliénées recouvra la raison après la maladie exanthématique qui sembla positivement avoir eu quelque influence sur cette issue favorable.

En 1873, Christian classe les différentes formes que revêtent les délires post-infectieux dans les maladies aiguës ; le délire maniaque est le plus fréquent, puis vient une psychose avec faiblesse intellectuelle.

Nous trouvons en 1875 un important travail de Clouston. La forme de folie qu'il décrit a reçu de Skae le nom de folie post-fébrile. Les médecins du XVIII^e siècle la faisaient dépendre d'une guérison incomplète. Ils l'attribuaient à ce que la fièvre n'avait pas été délayée suffisamment par les purges, et à ce que la matière morbide qui restait dans l'économie s'était fixée au cerveau.

Pour Clouston, la folie post-fébrile est le résultat de la déperdition des forces que font subir à l'économie les maladies zymotiques.

En 1879, Baillarger décrit après la scarlatine un cas très intéressant de délire ambitieux qui a duré quinze jours.

En 1880, Kræpelin fournit un long mémoire sur les délires infectieux ; les psychoses fébriles de la scarlatine revêtent deux formes principales ; celle du collapsus succédant à une agitation initiale de courte durée et la forme

lypémanique avec excitation, obnubilation mentale et hallucinations surtout désagréables. A la convalescence, les folies ou vésanies revêtent encore la forme de délire lypémanique confus, accompagné d'hallucinations et d'idées changeantes.

En 1895, M. Chaslin donne le nom de confusion mentale primitive symptomatique à l'un des types importants des délires infectieux. A côté de ce type où prédomine la confusion mentale, nous placerons un autre type que M. Régis rapproche à juste titre de cette variété de délire alcoolique que Lasègue a comparé à un rêve et dont il a donné une description si parfaite. Cette dernière forme est la plus fréquente, car elle appartient aux scarlatines normales.

DESCRIPTION DES PSYCHOSES DE LA SCARLATINE

Les troubles mentaux peuvent arriver à toutes les périodes de la scarlatine. Nous allons voir les troubles qui apparaissent à la période d'incubation, à la période d'éruption ou période d'état et enfin à la convalescence. Nous trouverons des psychoses initiales, ou du début de la maladie ; des psychoses intra-infectieuses (délires fébriles) et des psychoses post-infectieuses, ou de la convalescence (délires d'inanition ou délires asthéniques).

Période d'incubation. — Dans certaines scarlatines, dit Trousseau, rien ne sépare l'état de santé de l'état grave qui peut amener des accidents terribles ; la mort peut survenir dès le premier jour. Les malades ont du coma, du délire, de la diarrhée, un pouls impossible à compter et meurent. Trousseau cite un cas où les phénomènes cérébraux avec stupeur sont les premiers symptômes de la scarlatine ; le malade, chez qui l'apparition de l'exanthème fut retardé jusqu'au huitième jour, lui paraissait atteint de « fièvre cérébrale ».

« Le petit malade avait 6 ou 7 ans ; il accusait du mal de tête, il avait des vomissements ; nous constatons du strabisme, de la lenteur du pouls, de la stupeur et de la somnolence. En présence de ces symptômes, nous croyions à une méningo-encéphalite. La maladie se prolongeant je

revis l'enfant le 5^e, le 6^e, le 7^e jour, ne changeant en rien mon diagnostic et portant toujours le pronostic le plus fâcheux. Le 8^e jour apparut une éruption scarlatineuse franchement caractérisée, accompagnée du mal de gorge habituel ; à partir de ce moment, les accidents nerveux cessèrent complètement ».

Parfois à la période d'incubation les troubles mentaux existent seuls et ils sont parfois tellement intenses qu'ils nécessitent l'internement des malades. Aux Observations 1 et 2, nous rapportons deux cas où les sujets en puissance de scarlatine furent envoyés dans un asile. Ces malades présentaient un état de manie aiguë. Dans le premier cas, le sujet tenait des propos déraisonnables ; il déchirait ses habits. Cet état d'excitation persista pendant trois jours et alors parut l'éruption qui permit de diagnostiquer la scarlatine. Les troubles mentaux s'amendèrent vite et la maladie eut une évolution heureuse.

Période d'éruption ou période d'état. — A cette période la psychose est de règle dans les scarlatines très intenses ; c'est la psychose fébrile de Kräpelin que nous appellerons psychose intra-infectieuse.

Psychoses intra-scarlatineuses. — Nous allons montrer que ces psychoses se caractérisent par un fonds de confusion mentale primitive qui a été reconnue depuis peu comme l'élément principal des désordres psychiques observés dans d'autres maladies infectieuses.

Délire de collapsus. — Les sujets atteints de scarlatine maligne présentent des symptômes d'excitation. Ils ont des hallucinations aussi mobiles que terrifiantes ; ils traduisent leurs conceptions délirantes par des propos

sans suite. Leur délire à début brusque ne dure parfois que quelques heures et il se termine par la mort. C'est là une confusion mentale primitive suraiguë qui constitue une forme du délire de collapsus de Weber ou de Kräpelin. Cette variété de psychose aiguë dans les scarlatines malignes rappelle le délire aigu idiopathique. Elle s'observe chez des malades qui arrivent à l'hôpital avec une éruption vive s'accompagnant de petites taches hémorrhagiques, avec une angine érythémateuse intense, avec une sécheresse extrême de la langue, des vomissements et de la diarrhée ; les urines sont rares et chargées d'albumine ; la température dépasse 40°.

OBS. — Nous avons vu une malade, âgée de 21 ans, fortement constituée, présenter rapidement, au quatrième jour de sa scarlatine, un délire de collapsus. Elle avait eu de l'insomnie, de l'agitation surtout la nuit. Le matin, elle donne encore des réponses raisonnables ; tout à coup le soir, les désordres cérébraux apparaissent. Elle s'agite dans son lit ; et on est obligé de l'y maintenir. Elle repousse les couvertures, tous les objets qu'elle touche. Elle gesticule, met ses cheveux en désordre. Ses idées sont profuses et son humeur changeante ; elle parle de ses parents, elle veut se marier et bientôt après elle se voit tuer. Elle refuse de boire, crie : « A l'assassin, au viol ! » Elle appelle ses parents, lorsqu'elle voit que nous allons la traiter. Ses cris redoublent ainsi que son agitation au moment où elle est saignée au pli du coude. Avant la fin de la saignée, il se produit une éclaircie brusque dans son intelligence ; elle a cessé ses vociférations ; sur notre demande, elle tire la langue qui est sèche, fuligineuse. Elle accepte un verre de lait et laisse

mettre un peu d'ordre dans son lit. Malheureusement, les cris, l'agitation et l'excitation intellectuelle avec idées délirantes et confuses reprennent bien vite avant même d'avoir terminé une injection de sérum artificiel. Puis la malade s'assoupit, se cyanose, et après plusieurs lypothymies, elle meurt dans la nuit.

Dans ce délire de collapsus ou de confusion mentale suraiguë, il existe un affaiblissement cérébral, d'origine toxhémique avec excitation intellectuelle et au milieu de conceptions hallucinatoires et délirantes, on ne reconnaît pas facilement l'état de confusion mentale à laquelle le malade est en proie et que nous allons retrouver dans les psychoses d'autres formes de la scarlatine.

A propos de scarlatines graves, les auteurs ont décrit un délire maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

En effet, les troubles mentaux simulent assez bien la manie aiguë et on comprend que les observateurs aient cherché à reconnaître chez les délirants scarlatineux une psychose vraie, réveillée par la maladie chez des sujets plus ou moins prédisposés à la folie. Telle est l'observation que nous empruntons à Calmeil, Obs. 12. Dans le même ordre de faits entrent les Obs. 13 jusqu'à 17.

Type complet de confusion mentale primitive. — Vers 1850, Delasiauve groupa une série de manifestations psychiques dans une classe étrangère à la manie, à la lypémanie et à l'idiotie. Il décrit un délire qui se présente sous forme de torpeur intellectuelle et dans lequel les idées sont confuses, sans suite, sans enchaînement. Les fonctions cérébrales, dit-il, sont comme suspendues. Au mi-

lieu de cet affaiblissement mental, ce qui domine en fait de symptômes psychiques, ce sont des hallucinations visuelles et auditives.

Cette description rappelle la démence aiguë d'Esquirol. Baillarger attaqua les idées de Delasiauve. Il maintint, sous le nom de mélancolie avec stupeur, dans le groupe des lypémanies, les cas de confusion mentale avec préoccupations tristes ou hallucinations. Dès lors, en France, on oublia pendant quelque temps la confusion mentale primitive ou stupidité de Delasiauve.

En 1873, Achille Foville, puis Dagonnet décrivent de nouveau cet état de confusion. M. Ball présente sous le nom de torpeur cérébrale un état d'engourdissement de la pensée qui se développe, dit-il, à la suite de causes extrêmement variées. Il reconnaît aux délires infectieux ou fébriles, des caractères d'affaïssement et de stupeur, mais à propos de la scarlatine, il déclare simplement que lorsqu'elle est grave, le délire manque rarement.

Vers 1875, en Allemagne, les auteurs séparent de la manie aiguë une psychose particulière qu'ils appellent confusion hallucinatoire. Meynert reconnaît dans la confusion mentale hallucinatoire (Verwirrtheit) des cas de courte durée qu'il sépare des formes incurables.

En 1892, au Congrès de Blois, M. Chaslin attire l'attention sur la confusion mentale primitive. MM. Régis et Chevalier-Lavaure étudient au Congrès de La Rochelle, en 1893, l'étiologie de la confusion mentale. A ce même Congrès, le même sujet est repris par MM. Legrain et Séglas. En 1895, M. Chaslin fait une étude remarquable de la confusion mentale primitive.

On décrit actuellement, sous l'étiquette de confusion mentale primitive symptomatique, des délires infectieux, autrefois « psychoses d'épuisement » différents des états mélancoliques ou maniaques par une diminution considérable de tous les processus intellectuels et par une obtusion prononcée des perceptions extérieures.

Dans les scarlatines graves, bien mieux que dans les scarlatines malignes dont nous avons déjà parlé, nous avons observé des symptômes psychiques caractérisés primitivement par une confusion mentale profonde avec des hallucinations variables et accessoires. Parmi les observations qu'on a désignées jusqu'à ce jour, sous le nom de manie ou de lypémanie dans la scarlatine, on reconnaît souvent les caractères de la confusion mentale primitive. Ce syndrome est un type fréquent des psychoses scarlatineuses et même il existe parfois à un degré très prononcé.

Dans les scarlatines graves, en effet, il se produit comme une intoxication massive qui, en 4 ou 5 jours, rend le cerveau obtus et au milieu d'hallucinations plus ou moins variées, on reconnaît un état de confusion mentale intense. Dans l'observation 3, nous détaillons le cas d'un tout jeune homme, garçon épicier, qui dans sa maladie, à côté de troubles somatiques multiples, offre les troubles mentaux qui suivent.

Dans la nuit du 9 au 10 février, le malade qui avait de l'insomnie depuis le 5, début de sa scarlatine, présente de l'agitation. Il marmote des paroles incohérentes ; il veut livrer des marchandises pour sa patronne et aller porter des lettres. Il reste

découvert dans le lit et il accomplit des actes qui ne semblent pas liés à des conceptions délirantes ; d'un bond il se lève et gagne le milieu de la salle.

Lorsque la veilleuse l'approche, elle voit le malade raidir les bras et les mettre « en catalepsie », les avant-bras fléchis. Il ne sait pas ce qu'il fait et ses yeux sont hagards.

A la visite du 10 février, on obtient avec peine quelques réponses raisonnables, mais brèves. Dès qu'on a dépassé son lit, il se lève ; on voit ses jambes fléchir, son bassin touche le premier à terre, puis ses épaules, et sa tête va contre le mur. On le remet au lit et il a l'air hébété, le regard sans expression.

Dans la journée il divague, débite des propos spontanés, sans suite. Les rideaux de la croisée sont de la glace. La toiture de la salle (qui est en planches) s'enlève et il voit des personnes qui se sauvent. En sortant du bain, il chante. Il se trouve bien à l'hôpital et il ne veut pas s'en aller. « Des nouilles, il n'y en a plus. Il voit des cartes dans le bain. Je te l'avais pourtant bien défendu de dire qu'elles y étaient. » A ce moment, il veut sortir de la baignoire.

« J'avais deux courses à faire pour ma patronne et l'autre a emporté les paniers. Il faut retirer ce qu'il y a dans la voiture et la conduire à la place. » Il veut constamment se lever du lit et s'en aller. « Oh ! le soleil me tape dans les yeux. » Il débite des mots qui se relient par assonance : « Je serai gentil, quand je serai parti. Un, deux, trois, j'irai dans le bois. Ah ! les pommes de terre ! Il faut faire les courses. » Il voit un homme au-dessous de son lit. « Il faut faire sauter le vieux bonhomme. Il doit y avoir une femme là-haut. Voilà son amoureux. C'est un singe. Il est là le patron. Il faut fermer la boutique. Ça y est.

Eh ! là-bas, il ne faut pas trop danser, cela me fait du mal à la tête. » Il craint un homme qui marche à côté de lui. « La fille a renversé les fraises ; qu'on me les ramasse. En a-t-on vendu ? »

Pendant la nuit, il a peur que son patron le renvoie, il parle encore de courses à faire. Il essaie de quitter le lit, mais il ne va plus dans la salle, on voit qu'il a des craintes vagues.

Le 11 février. — Le matin, il veut se lever. On voit que ses mains ne l'aident pas suffisamment et elles tremblent beaucoup. On le maintient à l'aide de planches qui s'élèvent à droite et à gauche du lit. Dans le bain, les mouvements s'accompagnent de tremblement des mains et des membres.

Il voit du verre dans son bain. Il veut se lever pour aller chez sa patronne et il parle sans cesse, sans suite dans ses phrases. Il dit que l'infirmière lui fait du mal ; dès qu'on le touche, il se plaint. « Je suis en bonne santé. Il en manque quelques-unes. Soixante-quinze centimes et chez le notaire », et il essaie de se lever. « Combien d'articles il y avait ? Cinq, je crois. Et dans la voiture, il n'y en a plus ? Dis donc combien d'articles qu'il avait, je te demande ? Dis donc ? Voilà deux sous pour payer la boulangère. Je mange des harengs. Paix, paix ! Voilà le patron. Mangez tout ». Il donne des coups poing aux planches et il crie : « Vive la grève ! (Avant sa maladie, il y avait eu une grève des épiciers dans Paris). C'est joli ici, je veux y rester, car je m'amuse bien », et il se met à pleurer en disant qu'il avait la jambe prise dans la roue. « Au voleur ! on m'a pris de l'argent. Tiens il y a des bêtes dans le bain ».

Lorsqu'on le lui demande, il montre mal la langue, tout en ouvrant la bouche. Il reste les yeux ouverts toute la nuit, il ne repose un peu que le matin.

Le 12 février. — Il continue ses propos incohérents et on ne

peut point fixer son attention. « La purée, 10 centimes au lieu de 15. Si tu es à genou gare la voiture qui marche... Un doigt pour marche-pied... Non, deux heures ce n'est pas encore l'heure. Dix-huit sous la douzaine. C'est l'heure de mettre la table. Tas de chameaux, donnez les deux sous que vous m'avez volés. Un morceau de sucre pour le médecin. Du lapin pas cuit. D'autre part, c'est fait avec de la sauce ».

Le 13 février. — Au matin, il crie : Au voleur, à l'assassin ! on m'assassine » ! Dans le bain, il avance toujours. Le voisin lui dit : « Tu y es bientôt. « Ça file là-dessous (sous l'alèze). Veux-tu te taire, dit-il le soir à un petit enfant, son voisin, qui pleurerait. Viens vite en voiture ».

Ce jour-là, il montre la langue. Lorsqu'on lui fait l'injection de sérum artificiel, il sent planter l'aiguille et il gémit un peu. Pendant la nuit, il cherche à se lever, à descendre du lit ; il se contente de poser le pied sur le plancher. Ses plaintes sont mal définies, et il divague encore.

Le 14 au matin. — Il est plus calme. Le biberon avec lequel on le faisait boire à cause de son épuisement général, s'est cassé. Dès ce moment, il boit avec crainte, car il y a, dit-il, du verre dans le lait. En plein jour, il déclare : « Il fait nuit, ici ». On lui parle de sa mère. « Où qu'elle est ? Elle est là, elle te soigne, lui dit-on. C'est vrai » ! Il pleure, car il trouve les bains trop froids.

Le 15. — Durant sa maladie, il a cherché à fuir presque constamment. Ce matin, il promène autour de lui des regards vagues. Il veut se retourner sur son lit. A peine s'est-il soulevé qu'il tombe sur les planches qui le maintiennent au lit. Ainsi, il se produit une forte encoche sur les deux incisives médianes

supérieures. Plus tard, il s'en est consolé, heureux, dit-il, d'être guéri.

Sa sensibilité est en meilleur état, et ses plaintes sont plus précises. La nuit, il dort peu, le matelas lui fait mal aux reins, il pleure quand on le met aux bains. Il trouve que l'eau du bain est trop sale et veut qu'on la lui change. Il pleure aussi parce que sa peau est excoriée au niveau du sacrum. Il est content lorsqu'on lui dit qu'il n'aura plus de bains.

Le 16. — Il demande un pantalon pour se lever et il continue ses tentatives de fuite. Dans la soirée, on peut fixer son attention. Il se rappelle d'être arrivé un soir à l'hôpital, mais il ne sait pas depuis combien de jours, ni ce qu'il y a fait. Les souvenirs antérieurs à la maladie sont plus précis. Il reste sujet à toutes sortes d'émotions. La nuit, il pleure si la veilleuse ne reste pas auprès de lui. Il ne veut plus le matelas d'air qui soutenait son corps et qui ne permet un point d'appui pour ses mains lorsqu'il veut se déplacer!

Il a faim, dit-il, et lorsqu'il voit manger ses voisins, il pleure de ne pouvoir pas faire comme eux. Il aime à ce qu'on cause avec lui.

Jusqu'au 20, il se lamente à tous propos, soit parce qu'on le laisse sur un drap qu'il a mouillé de ses urines, soit parce qu'il a faim. A l'ouverture d'un petit abcès au sacrum, il pleure et crie longtemps : « Holà ! Holà ! ». Quelques jours après, il peut faire une lettre à sa mère, et le 16 mars, il sort complètement guéri de ses troubles physiques et mentaux.

Nous avons là un premier type de confusion mentale symptomatique avec un délire vague, avec quelques hallucinations sensorielles. Le début se fait vers le quatrième ou

cinquième jour de la scarlatine. Après une ou deux nuits d'agitation et d'anxiété, le malade entre dans l'obtusion psychique. Cet état de confusion mentale est rapidement constitué ; alors le sujet a le regard vague. Son faciès est fait d'étonnement et d'hébétude. C'est un individu égaré.

Si on l'interroge, il semble ne pas vous connaître. Il comprend mal, ne saisit pas toute la question, malgré sa simplicité. S'il essaie de répondre, il répète quelques mots de la demande ou il répond à côté. Lorsqu'on veut voir sa langue, il faut se rapprocher de lui et même on doit abaisser son maxillaire inférieur afin d'arriver à un résultat. Il est difficile de fixer sur un sujet l'attention du malade et si on insiste, l'effort qu'il exécute, le fatigue rapidement et vite on prend le parti de lui épargner une telle fatigue et de laisser évoluer sa maladie dans le calme, en le laissant à ses propos spontanés incohérents.

Les objets qui l'entourent lui paraissent sans forme. Dans l'observation précédente, les rideaux de la croisée sont de la glace. Il ne reconnaît pas ses parents. La présence du médecin provoque simplement quelques paroles automatiques. Quand on lui demande s'il a tenu tel propos, il ne s'en souvient pas. Il ne se rappelle pas les pensées qu'il avait quelques minutes auparavant. Parfois, il ne se contente pas de divaguer, mais prononce des propos qui se relient par assonance. « Quand je serai parti, je serai gentil. Un, deux, trois, j'irai dans le bois ».

Ses souvenirs reparaissent d'eux-mêmes et s'il traverse une période d'excitation son bavardage automatique est parfois précis, mais des phrases peuvent rester inachevées. S'il évoque mal le passé, il ne comprend pas le pré-

sent et ne se soucie pas de l'avenir. Notre malade se trouve bien à l'hôpital il veut rester ici car, dit-il, c'est joli ici. En dehors de ces moments d'excitation, il reste inerte, découvert sur son lit.

Lorsqu'il parle, il traduit surtout des préoccupations professionnelles. Notre garçon épicier sert des clients. Dans l'Obs. 4, une domestique sert sa maîtresse. Les malades ont quelques préoccupations tristes, des idées délirantes vagues de mort, de persécution. L'un a la jambe prise dans la roue, il crie au voleur, on lui a pris de l'argent et l'autre (Obs. 4). « Je vous ai dit qu'il y a quelque chose qui m'écrase. Je sens bien une roue qui me passe sur l'estomac. Je tiens à la vie, l'argent je m'en fiche ; emportez tout ». Ces conceptions délirantes relèvent d'hallucinations pénibles vagues et mobiles.

Nous avons vu que le malade cherche à se lever ; il a des impulsions irréflechies. Il va dans la salle ; comme il est docile, on peut le ramener facilement dans son lit. Seulement, lorsqu'on l'approche, son corps prend un état cataleptiforme. Cette docilité forme un contraste étrange à côté de la résistance opiniâtre que l'on rencontre chez les aliénés mélancoliques et comme le disait Delasiauve : « Le stupide se laisse volontiers déplacer et conduire. Il faut souvent se gourmer vigoureusement avec les lypémaniaques pour les réduire à l'obéissance ».

De même dans l'Obs. 4, la malade s'assied sur son lit ou se lève et va vers la fenêtre ou la porte, sans but bien défini. Dans ce désordre, dans ce chaos psychique, le sujet accomplit parfois certains actes répréhensibles, contraires aux convenances. La malade (Obs. 4) qui prend

des bains n'a pas de chemise, mais simplement une camisole allant jusqu'à la ceinture. Néanmoins elle va se promener dans la salle, et lorsque l'infirmière lui dit : « Vous n'avez pas honte devant un monsieur ? Eh ! donnez m'en une longue ». Dans l'Obs. 5, au cinquième jour de sa scarlatine, la malade se lève plusieurs fois dans la nuit et se sert de son pot à lait pour faire ses besoins et la nuit suivante elle va au cabinet en pleine salle.

La malade (obs. 4) a une impulsion de suicide, elle serre un lien autour de son cou ; c'est une tentative inoffensive, comme le dit Delasiauve : « Ces impulsions fortuitement écloses au milieu du désordre fébrile, du conflit d'hallucinations incohérentes, n'ont aucun des caractères qui constituent les déterminations volontaires. » La même malade accomplit des mouvements qu'elle reproduit un grand nombre de fois ; elle s'assied souvent sur son lit ; avec sa main, elle répète souvent un grand geste, comme si elle voulait dire : « Au revoir ! » A côté de cette sorte de tic moteur, se place une espèce de tic verbal. Elle crie : « Pique, Pique ! » et du matin au soir, à tous propos, elle répète : « Pique, pique ! »

Les sujets (Obs. 3 et 4) se sont montrés calmes si on excepte quelques moments d'agitation automatique ; ils ont été un peu émotifs à certaines heures, mais leur émotivité était fortuite, sous la dépendance d'hallucinations désordonnées.

Les troubles physiques qu'ils présentent sont ceux d'une scarlatine grave, ils sont amaigris, épuisés, ils gâtent par intermittences. Et cette dénutrition et une desquamation larges sont un indice favorable de la réaction de l'orga-

nisme contre le poison scarlatin. Dans l'obs. 3, sans albuminurie, nous constatons une amélioration des troubles psychiques dès le 12^e jour de la maladie, dont le sujet ignore la durée ; ils ne disparaissent qu'au 16^e jour. Notons ici la chute de la température à 37° 5 dès le 11^e jour. La psychose intra-scarlatineuse a, dans ce cas, une durée d'une dizaine de jours. Dans l'Obs. 4, les troubles mentaux présentent une évolution analogue, mais 4 ou 5 jours après l'amélioration de la psychose, la malade guérissant mentalement est emportée par un coma terminal, probablement urémique, au 17^e jour de sa scarlatine.

Confusion mentale hallucinatoire aiguë. — Dans l'observation 6, nous trouvons un exemple clinique d'une confusion mentale liée à la production rapide d'hallucinations tristes. Il semble que celles-ci créent la confusion mentale, ou mieux, peut-on dire que le type de confusion est incomplet et l'affaiblissement intellectuel léger laisse place à des hallucinations, à des idées délirantes : c'est de la confusion mentale hallucinatoire. Cet état psychique rappelle beaucoup les symptômes qu'on observe dans la forme aiguë de l'alcoolisme ; mais dans ce dernier cas, le délirant présente des hallucinations de l'ouïe et celles de la vue, terrifiantes, sont des hallucinations spéciales d'animaux.

Notre malade a de l'insomnie, de l'agitation nocturne ; le sixième et le septième jours, elle a des impulsions, elle se lève pendant la nuit. Le neuvième jour, un délire sensoriel s'empare d'elle, et ses hallucinations, ses idées délirantes cachent en partie l'élément de confusion mentale et créent de l'excitation. La malade se révolte lorsque

nous pratiquons une injection de sérum artificiel. Tout d'abord elle nous avait regardé vaguement et comprenant mal ce qui se passait, elle essaie de se défendre et même de se sauver. C'est là un premier accès d'agitation qui laisse après lui un moment de calme et nous obtenons quelques réponses brèves tout en constatant une diminution de la mémoire, surtout celle des noms propres.

Le lendemain, l'examen du médecin l'exaspère et elle fait des efforts pour s'y soustraire. Elle appelle à son secours, un oncle qu'elle croit voir vers la porte. Son agitation présente d'abord des rémissions qui deviennent de plus en plus rares. Elle crie, vocifère et au milieu de ces conceptions délirantes, elle a des idées de persécution, elle ne reconnaît plus le monde extérieur. Elle se croit maltraitée par l'infirmière et le médecin.

Sa voix est enrouée, elle refuse la boisson, le lait. On doit, la nuit, la maintenir au lit. Elle meurt dans le collapsus.

Psychose de rêve ou délire onirique. A côté de ces psychoses à confusion mentale typique complète ou à confusion avec hallucinations multiples et conceptions délirantes, se placent des exemples cliniques où s'associent, dans des proportions variables, les éléments de confusion légère et d'hallucinations sensorielles, nous voulons parler d'un état mental qui rappelle le délire étudié par Moreau de Tours, dans l'intoxication par le haschich et la variété de délire alcoolique que Lasèque a comparé à un rêve et que M. Régis a désigné sous le nom de délire de rêve ou délire onirique : ces deux mots « délires oni-

riques » comprennent à la fois les délires toxiques proprement dits, les délires d'auto-intoxication et ceux d'infection.

Dans notre observation 7, une jeune malade, forte et intelligente fille, semble atteinte d'état lyppémanique avec des conceptions délirantes multiples et en réalité comme elle nous le rappelle d'elle-même, mais d'une façon vague, elle a vécu un rêve durant toute une nuit d'angoisse. Dès l'invasion de sa scarlatine, elle a de l'insomnie, de l'agitation. Au cinquième jour, à l'hôpital, dans la nuit, elle est anxieuse, accuse sa mère de l'avoir abandonnée ou bien l'appelle pour ses besoins et lui exprime ses craintes de la mort. La nuit suivante, l'agitation est plus grande. Comme elle a de l'incontinence d'urine, elle va vers un lit voisin qui est libre pour mourir, dit-elle, dans un lit propre. Elle veut que sa mère l'emmène avant sa mort. Le matin, elle fait la déclaration suivante : « J'avais dit à ma mère que je la quitterai si elle se remariait ; je l'ai quittée et ce n'est pas simplement un rêve que j'ai eu ».

Dans un autre cas, le délire onirique se produit pendant l'état de veille et il n'a qu'une durée éphémère.

OBS. — Fl..., 27 ans, infirmier avec le grade de suppléant dans les hôpitaux. Pas de maladies antérieures ; il n'est pas buveur ; il a tous les attributs de l'infantilisme : voix, organes génitaux peu développés. Il entre le 15 février 1899, au sixième jour d'une scarlatine intense, régulière, avec 39°, 5. La veille, à midi, il boit du champagne la valeur d'une cuillerée à bouche ; à 3 heures même dose. A 5 heures, pendant la visite d'un de

ses amis, il interrompt tout à coup la conversation et se tournant vers le mur il crie. « Arrêtez les microbes, arrêtez-les », et il promène ses mains sur la muraille, comme s'il voulait écraser de petites bêtes et pour mieux le faire, il s'assied sur son lit. Son ami lui dit : Laissez donc les microbes. Mais non, répond-il ; arrêtez-les donc. Ce délire ne dure que quelques minutes. Son ami le réveille et il semble au malade qu'il vient de dormir. Il a un souvenir incomplet de ce qui vient de se passer. Lorsque nous lui demandons quelques explications, il se rappelle seulement un propos antérieur du médecin. Celui-ci lui a dit, que le microbe de sa maladie était contagieux et qu'il aurait à se déplacer pour aller à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers.

Dans son rêve et à la suite des hallucinations, le sujet subit parfois des impulsions qui peuvent créer des tentatives fortuites de suicide.

Obs. — Nous avons vu dans le service spécial de Monsieur le docteur Legrain, à Ville-Evrard, un malade intéressant à ce point de vue ; il n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Parmi ses 5 frères, l'un est un grand alcoolique ; il a bu pendant longtemps 8 et 10 absinthes par jour. Notre malade vendeur dans les marchés, au contraire était, tout de suite émêché, énervé lorsqu'il buvait un verre. Il attribue son peu de résistance à l'alcool, à une « fièvre cérébrale » qu'il a eue, à l'âge de 7 ans au cours d'une scarlatine sérieuse.

C'était au mois d'août, au troisième ou quatrième jour de sa scarlatine, il a des hallucinations. Sa mère qui lui donnait souvent de la tisane, le quitte un moment. Sous ses yeux dans

la chambre, il a une grande et vieille armoire qu'il voit tourner ; des personnes s'agitent autour de son lit. Dans l'armoire il croit voir son père battant sa mère ; la peur le saisit et sans crier, car il avait la gorge prise, dit-il, il écarte un drap qui ombrageait la croisée et saute en bas, du haut d'un premier étage, il tombe le nez sur le bord d'une cuve de mégisserie et il se fait une plaie profonde du nez, qui pend dans la bouche. Des sutures et du diachylon ramènent en place la pointe du nez. Il reste une cicatrice indélébile.

Un ouvrier de la maison relève le malade et le porte dans sa chambre. Le délire disparut aussitôt, mais la scarlatine fut longue à cause d'une complication pleuro-pulmonaire, qui fut traitée avec un vésicatoire et qui nécessita un séjour au lit de trois mois.

Il semble que ce délire scarlatin ait diminué la résistance du sujet aux intoxications et aux infections contingentes. Nous avons dit qu'il supportait mal l'alcool et à 48 ans, à l'occasion d'une congestion pulmonaire grippale, il a un accès sub-aigu de folie alcoolique, qui le conduit dans le quartier des alcooliques à Ville-Evrard. Il a des hallucinations visuelles ; vision d'objets qu'il ramasse, de petites bêtes qu'il collectionne et son délire polymorphe ; préoccupations professionnelles, idées ambitieuses et de persécution (sa femme veut divorcer) s'accompagnent de confusion mentale et d'amnésie d'une durée de 2 ou 3 jours.

Sans avoir des impulsions aussi graves, de nombreux enfants, atteints de scarlatine, vivent une vie de rêve en accomplissant des actes en rapport avec leur délire.

Obs. — Un enfant de 8 ans se lève même le jour, nous lui demandons où il va. Il nous regarde vaguement et surpris, il répond : Je vais aux champs respirer le bon air. La nuit on le maintient au lit avec des planches et il ne répond pas aux questions que l'on lui pose.

Autre exemple. — H... âgé de 8 ans. Au troisième jour de sa scarlatine éruption typique, temp. 40°4. Nuit agitée et délire. Le quatrième jour 39°8. Pouls 140. Délire nocturne. Le cinquième jour, dans la journée, il cherche à se lever. Le soir, il descend de son lit, ouvre une croisée et lorsqu'on l'arrête : Ma mère est là, dit-il et je veux l'attraper. Dans la nuit, agitation. Le sixième jour, il est somnolent ; paroles incohérentes, on le veille, sinon il se lève. Le soir du septième jour, nous pouvons fixer son attention ; il indique sur notre demande où il a mal, vers la gorge. Les nuits suivantes il est calme, coryza purulent, otite double suppurée et une adénite cervicale *suppurée retardent la guérison.*

Dans les cas précédents, le délire est assez prononcé, il se prolonge dans la journée et le malade, qui est dans un état de somnolence, mène comme deux vies, la vie de rêve subconsciente et la vie normale.

Ordinairement le délire est nocturne ; les phénomènes morbides apparaissent le soir pour disparaître au réveil du matin. Cet état peut se voir chez des personnes relativement âgées, (36 ans dans l'obs. 8), atteintes de scarlatines graves. Le délire est plus fréquent chez les enfants ayant des scarlatines de moyenne intensité. On note des illusions, des hallucinations de la vue, changeantes, souvent professionnelles et parfois terrifiantes.

OBS. — Au cinquième jour de sa scarlatine, dans la nuit une fillette de 7 ans et dont le père vient de mourir de tuberculose, se lève et appelle sa mère. La nuit suivante, elle s'assied sur son lit. Elle appelle au secours et dit : Mettez-moi autre part ; j'ai peur. D'autres petits malades pleurent et 2 heures après ils chantent : ils appellent leurs camarades ou leur mère ou leur chien.

OBS. — Angèle, 22 ans, au quatrième jour, 39°,3 ; éruption intense et démangeaisons aux mains, sur la paroi antérieure des aisselles. Tous les muscles sont douloureux à la pression ; une gêne dans les mouvements des doigts, les mains sont comme engourdis, parésiées.

Le sommeil est agité ; dès qu'elle ferme les yeux, hallucinations visuelles, elle voit « passer des objets ».

OBS. — Julien, 18 ans. Au cinquième jour, éruption et angine intenses. 40°,6. dans la nuit, un délire calme. Le sixième jour, 40°,2. Bains froids. Hémothérapie : il reçoit au flanc 100 grammes de sang défibriné d'un convalescent.

Dans la nuit hallucinations, il voit son père et sa mère ; ne répond pas aux questions de l'infirmière. Le septième jour, temp. 39°. Pouls 120. Resp. 36.

À la visite il comprend les questions qu'on lui pose. La nuit il est agité, il rêve. Il prétend qu'on le fait travailler, mais il refuse de le faire et il veut partir. On doit l'attacher au lit à l'aide d'un drap. Le neuvième jour il a 37°,4, dans la nuit précédente il a reposé. Il se rappelle qu'on lui a donné des bains et fait une piqûre pour injection de sang ou de sérum artificiel. Il ne se souvient pas de ses rêves de la nuit.

OBS. — Un enfant de dix ans, au quatrième jour à 40°,4. Dans la nuit il se lève, son père lui commande d'aller chercher un

litre de vin. Le jour il répond bien. La nuit suivante, même agitation, mêmes préoccupations qui ne nous empêchent pas de faire de cet enfant un délirant scarlatineux et non alcoolique. Il guérit; mais à la convalescence nombreux accès sous-cutanés, otite double et plusieurs lypothymies.

Dans certains cas il existe chez le malade un appoint alcoolique, dont on doit tenir compte dans la production du délire. Chez un scarlatineux M. Roger a observé un délirium tremens manifeste. Dans l'observation suivante, l'alcool joue un rôle comme facteur étiologique du délire.

OBS. — L..., 21 ans, boulanger et il buvait comme un boulanger boit.

Au dixième jour de sa scarlatine l'éruption a pâli. Hyperesthésie cutanée et musculaire. Les muscles de l'abdomen se défendent au palper. Douleur lombaire et le long des nerfs sciatiques; oppression, dyspnée. Temp. 39°4. Pas d'albumine.

Sulfonal 1 gr. Antipyrine 1 gr. Néanmoins la nuit il est très agité, il chante, il pleure, demande qu'on cherche une abeille dans son lit. Le onzième jour douleurs lombaires et à la racine des cuisses. Délire nocturne. Valérianate de quinine et 0,02 centigrammes d'extrait thébaïque. Guérison au seizième jour.

Nous avons observé plusieurs malades qui reconnaissent vaguement le matin avoir eu des hallucinations motrices communes. Ils se croyaient transportés à travers les airs; ils parcouraient l'espace et même traversaient toutes sortes d'obstacles. Ils franchissaient des villes, des montagnes et des vallées. Ils voyaient en

même temps des foules qui allaient et venaient ou qui se battaient. Ce délire de rêve les fatiguait beaucoup.

Phénomènes mentaux conscients. — Dans beaucoup de cas légers, le poison scarlatin exerce sur le cerveau l'action d'un agent excitateur et non perturbateur. Le soir et la nuit les scarlatineux qui ferment les yeux suivent avec vivacité des idées qui se rapportent à leurs préoccupations ou à leur travail habituel, mais ils restent conscients de leur état. L'étudiant atteint de scarlatine, ainsi que nous l'avons éprouvé nous-même, peut revoir ses lectures passées et espère acquérir de nouvelles connaissances scientifiques. Dans un cas la malade qui s'occupait de couture se voit remuer dès qu'elle ferme les yeux des quantités de linge, et elle accomplit une besogne considérable ; ailleurs, le sujet est en proie à une insomnie des plus pénibles et à des idées excessivement tristes. Il a par exemple un vague sentiment de terreur, comme l'appréhension d'un malheur prochain, ou bien il éprouve une grande inquiétude avec des craintes de la mort.

Ces derniers phénomènes du côté de l'intelligence n'ont rien de bien caractéristique, car ils s'observent dans d'autres maladies aiguës ou dans des affections chroniques douloureuses, mais à cause de leur fréquence ils aident à démontrer l'action élective du poison scarlatin sur le cerveau.

PSYCHOSES DE LA CONVALESCENCE.

Dans la psychopathie intra-scarlatineuse le phénomène prédominant est l'obtusion mentale. Quand l'infection s'atténue et que l'incohérence psychique cesse, certaines idées, certains éléments du délire onirique peuvent survivre à l'état isolé et constituer un délire systématisé secondaire. Ou bien c'est à la convalescence seulement que nous voyons apparaître des troubles mentaux, des vésanies qui ont été attribués à l'épuisement nerveux, à l'inanition du sujet. Nous pouvons donner une interprétation un peu différente du processus qui favorise la production des vésanies de la convalescence.

Dans des recherches expérimentales nombreuses M. Roger a montré que les urines de la période fébrile dans la scarlatine ont des propriétés toujours convulsivantes pour les animaux ; l'élimination des principes toxiques ne se fait pas brusquement, mais la crise urinaire n'en existe pas moins. Au moment où l'organisme accomplit cet acte important on peut voir apparaître un délire qui dure plus ou moins longtemps pendant la convalescence, obs. 19. De tels cas nous conduisent des délires fébriles aux psychoses post-infectieuses. C'est à propos de faits semblables que M. Toulouse dit qu'il n'y a pas de démarcation nette entre le délire vésanique et le délire sym-

ptomatique d'une affection ressortissant à la pathologie interne.

Ces considérations nous permettent d'apprécier les faits suivants. L'obs. 19 se rapporte à un cas de troubles psychiques survenant au moment de la disparition de la fièvre. Dans l'obs. 20, inédite, que nous tenons de M. Roger, la malade présente au milieu d'un état lypémanique et d'idées changeantes un délire mystique qui s'est montré au douzième jour de sa scarlatine. Baillarger rapporte en 1879 l'observation d'une jeune fille qui pendant la convalescence d'une scarlatine fit un délire ambitieux ; ce délire dura 15 jours (Obs. 21).

Dans ces observations, il semble que l'infection a développé les tendances naturelles à délirer qu'avait le sujet ; ainsi dans ces vésanies de la convalescence, le terrain joue sur la forme du délire un plus grand rôle que dans les psychoses intra-scarlatineuses ou de la période d'état. Ces vésanies ont une durée assez courte, moins prolongée que dans d'autres maladies infectieuses, par exemple la fièvre typhoïde.

Toutefois les confusions mentales fébriles peuvent nettement se prolonger pendant la convalescence ; dans l'obs. 3 les troubles mentaux de la période d'état ne guérissent que pendant la convalescence.

Des sujets à la suite de scarlatine ont été envoyés à l'asile comme la malade de Calmeil, obs. 12, et ils peuvent mourir rapidement, ou bien ils restent aliénés. Chez ces derniers malades les troubles psychiques que les auteurs ont relevé se présentent souvent sous la forme de démence incurable. Leur faiblesse mentale n'est pas com-

plète : il y a obtusion des facultés intellectuelles et de l'affectivité avec des accès d'agitation subaiguë et d'irritabilité. Chez deux malades sur quatre Clouston a observé que la surdité accompagnait la faiblesse intellectuelle. Cela indiquait que l'élément morbide ne s'était pas simplement confiné aux circonvolutions intellectuelles mais avaient aussi affecté les centres de sensibilité spéciale. Un des malades qui avait présenté des symptômes aigus de toute sorte guérit, les trois autres étant déments sans aucun espoir de guérison. Dans l'obs. 22, prise dans le service de M. le professeur Joffroy on suit l'évolution d'une démence précoce, consécutive à une scarlatine grave.

ETIOLOGIE DES PSYCHOSES. LEUR FRÉQUENCE.

A la période d'état, le délire est fréquent dans la scarlatine. Louis a recueilli l'histoire de 18 cas qui guériront ; 3 d'entre eux présentèrent du délire, il donne ainsi la proportion de 1 délire pour 6 scarlatineux, tandis que dans la variole la proportion est 1 sur 4 et dans la rougeole de 1 sur 12. Chez l'enfant, on observe souvent un délire nocturne ; chez les adultes, c'est surtout de 15 à 30 ans que la scarlatine produit des troubles mentaux intenses. Dans nos observations nous relevons quelques antécédents morbides comme l'alcoolisme du père, l'hystérie du sujet lui-même ; mais des malades vigoureux antérieurement sains, ont déliré en dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise. Aussi peut-on admettre avec Kräpelin que la scarlatine est parfois la cause essentielle et non pas l'occasion des troubles mentaux. En effet, dit-il, dans 44 0/0 des cas, les patients avaient une scarlatine grave, s'accompagnant de température élevée.

Dans le but de nous faire une idée de la fréquence relative des folies post-infectieuses après les différentes maladies aiguës, nous rapportons les recherches que Clouston, en Angleterre, a faites en ce sens. Sur plus de 1000 aliénés admis à l'Asile de Carlisle, 10 seulement

étaient atteints de psychose post-infectieuse. Il répartit les différentes fièvres qui les avaient causées de la manière suivante : scarlatine 4, variole 2, typhus 1, fièvre typhoïde 1, fièvre intermittente 1. D'après ce tableau, il croit pouvoir conclure que la fièvre qui est le plus souvent suivie d'aliénation mentale est la scarlatine ; la variole vient ensuite, enfin le typhus, la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente. D'après cet auteur le poison scarlatin agit plus fortement sur le cerveau que les autres poisons infectieux. Il est vrai, ajoute-t-il, que si la scarlatine se place en première ligne, c'est peut-être à cause de sa plus grande fréquence ou à cause de son apparition plus fréquente dans le jeune âge, alors que le cerveau n'a pas atteint sa maturité. Clouston, n'observe dans ses dix cas de folies post-infectieuses que 3 fois des prédispositions héréditaires à la folie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Il n'y a rien de constant dans les lésions qu'on observe à l'autopsie, chez les scarlatineux morts en état de délire. Nous ne pouvons faire qu'une simple énumération de ces diverses lésions. Suivant les cas, on observe de la congestion, de la turgescence du système vasculaire cérébral. L'œdème du cerveau se rattache à des cas d'anasarque de la convalescence qui n'entrent pas dans notre sujet. Avec une égale fréquence on observe à côté de la congestion, l'anémie cérébrale avec la pâleur des plexus choroïde.

Le ramollissement cérébral, à la suite d'une thrombose des sinus de la dure-mère ou des grosses veines méningées, aurait amené la mort plusieurs fois chez des scarlatineux délirants. Telle est la lésion observée par Calmeil (obs. 11) et par Louis; ce dernier a trouvé un ramollissement siégeant au lobe postérieur du cerveau.

Devant toutes ces lésions incriminées, il n'est pas possible de se prononcer sur celle qui pourrait expliquer la psychose. Des auteurs ont voulu attribuer les hallucinations de la vue et de l'ouïe à une influence directe sur les centres périphériques de la vision et de l'ouïe, cette influence pouvant être rattachée à un trouble de la circulation. Mais aujourd'hui on rapporte plutôt l'hallucination

à un trouble fonctionnel des centres corticaux. L'explication du délire dans les infections semble liée à des lésions histologiques de l'écorce cérébrale. Ces cellules sont lésées par des toxines microbiennes ou des ptomaïnes. Dans la scarlatine, les désordres cérébraux qui sont intimement liés à l'évolution de la maladie, sont le plus souvent de courte durée; mais des lésions cérébrales bien constituées ont été observées dans des psychoses consécutives à des infections chroniques et constituant les psychoses polynévritiques. Dès lors, ces psychoses et en général le groupe des confusions mentales primitives d'origine toxhémique seraient intermédiaires aux vésanies (manie et mélancolie) par troubles fonctionnels de l'intelligence et aux folies avec lésions accentuées et profondes (délire aigu, paralysie générale); mais actuellement, à propos des confusions mentales, symptomatiques des maladies aiguës, il est plus vrai de dire avec M. le professeur Joffroy que la confusion mentale ne peut être considérée comme une entité morbide, mais bien comme un syndrome clinique pouvant se rencontrer dans une foule d'espèces nosologiques. Nous ajouterons avec M. Régis, que la confusion mentale occupe une place capitale parmi les psychoses infectieuses.

Différents auteurs ont voulu expliquer par quel mécanisme le cerveau qui est lésé arrive à constituer les psychoses infectieuses ou toxiques. Pour Meynert, les centres gris sous-corticaux et le cervelet, qui sont le siège des perceptions sensoreilles, se trouvent excités à la suite d'une hyperhémie fonctionnelle, passive, portant sur leurs artères nourricières. L'écorce cérébrale, au contraire,

où se passent les images de la mémoire et les perceptions intellectuelles, qui n'ont jamais un caractère sensoriel, est affaiblie à la suite d'une anémie fonctionnelle des artères corticales. A cause de la mauvaise nutrition de l'écorce ou par suite d'une intoxication des éléments nerveux les plus nobles, les associations intellectuelles fonctionnent mal et les perceptions cérébrales qui existent dans la confusion mentale ne sont pas comprises. Les objets extérieurs vaguement perçus, impriment aux idées du sujet un cours particulier qu'il subit. Il y a même (M. Régis) un sommeil du moi conscient avec déchaînement de l'automatisme psychologique ou cérébral qui se produit en dehors des perceptions extérieures. Mais chez le véritable confus, dit M. Chaslin, l'automatisme est sans cesse entravé par le manque d'associations intellectuelles coordonnées ; les associations, dites automatiques, sont elle-mêmes atteintes. Ici tout est désordre, tandis que chez l'hystérique (Janet) l'automatisme admet un certain ordre dans le désordre.

Les phénomènes d'excitation que présente le sujet, sont dus pour Meynert, au fonctionnement exagéré des centres sous-corticaux. Ainsi le malade peut être en proie à des illusions qui sont la source de différentes idées délirantes.

Si on applique des considérations semblables à la théorie anatomique de Flechsig sur la constitution du cerveau, on a l'explication des troubles moteurs que nous avons observés plusieurs fois chez des malades atteints de scarlatine et qui avaient un fonds hystérique. Flechsig décrit dans l'écorce cérébrale des centres sensitifs

et moteurs qui émettent ou reçoivent des fibres de projection (fibres cérébro-spinales) et d'autres centres communiquant entre eux par des fibres intra-cérébrales. Parmi tous ces centres qui constituent des zones d'association les derniers seraient des centres intellectuels. Chez nos malades, l'insuffisance cérébrale, s'exerçant sur les centres intellectuels et par suite sur les centres moteurs et sensitifs, nous explique les troubles d'astisie-abasie ou d'aboulie que nous avons observés.

DIAGNOSTIC

La psychose infectieuse ou symptomatique est parfois difficile à distinguer des vésanies vraies. Les psychoses scarlatineuses présentent, en effet, comme élément principal, le symptôme confusion qui existe dans une série de troubles mentaux des plus variés. Nous avons, en particulier à distinguer les confusions mentales symptomatiques dues à la scarlatine de la manie et de la mélancolie avec stupeur qui offrent le plus d'analogie avec la confusion mentale primitive. Le diagnostic entre la manie et la psychose infectieuse n'est établie par les auteurs que depuis qu'on a fait de la confusion mentale primitive un des grands types de maladies mentales.

Lorsqu'on étudie les symptômes de la manie, on trouve avec M. Séglas, une expression du visage toute différente ; elle n'exprime pas l'égarement, l'étonnement. Le regard est vif, expressif, brillant ; le facies est animé, coloré, très mobile. La parole est rapide et précise. La voix est forte et accentuée. L'agitation motrice marche de pair avec la surexcitation générale des facultés intellectuelles.

Lorsque le délire se montre à la période d'invasion, l'existence d'une épidémie de scarlatine peut permettre de rattacher le délire à la maladie causale. Un tel délire est à distinguer de la méningite. Les phénomènes céré-

braux se rattachent parfois encore à des lésions méningitiques à la période de convalescence, comme dans le cas de Cadet de Gassicourt (Obs. 11). Ce diagnostic est surtout à faire lorsque l'on observe en même temps deux épidémies de scarlatine et de méningite cérébro-spinale. Dans les cas de méningite, il y a du délire, mais il y a aussi de la céphalalgie, bientôt de la céphalée intense, des vomissements, de la raideur de la nuque et des membres, de la lenteur et de l'irrégularité du pouls, de la parésie, des contractures des membres, du strabisme ou de la diplopie (Grasset, clinique méd. 1895).

Dans les scarlatines graves, le délire de collapsus est à distinguer de la manie suraiguë et du délire aigu idiopathique. Ce délire aigu, n'a peut-être pas, d'après M. Chaslin, une existence particulière ; il serait dans ces conditions, un aboutissant de différentes maladies mentales. Des auteurs italiens ont isolé dans certains cas de délire aigu, un bacille qui paraîtrait spécial ; ce serait alors un élément de diagnostic important.

Les troubles mentaux de la scarlatine qu'on ne rattachait pas à la manie, étaient confondus avec la mélancolie c'est ainsi que Kräpelin admet des lypémanies avec obnubilation psychique durant la période d'état ou d'infection de la scarlatine. Dans les confusions mentales symptomatiques que nous avons décrites, comme dans la confusion mentale idiopathique, il n'y a pas d'idées mélancoliques caractéristiques. Le langage, l'attitude, l'obstination du malade confus, ne sont pas les mêmes que dans la mélancolie avec stupeur.

A la période de convalescence, les délires systématisés

comme le délire ambitieux de Baillarger, ne pourront être rattachés à la maladie causale qu'à la condition de fouiller les antécédents du malade. De même, l'étude des commémoratifs permettra de reconnaître l'origine d'une démente incurable à type de confusion mentale consécutive à une scarlatine.

Dans les cas de psychoses de rêve, l'état du malade peut se rapporter à un délire alcoolique. Les habitudes de boisson que le sujet avait avant sa scarlatine, peuvent aider à lever le doute. D'autre part, le délirant alcoolique et le délirant scarlatineux, qui vivent l'un et l'autre comme dans un rêve, n'ont pas des hallucinations identiques. La vue d'animaux (rats, serpents, etc.) ou zoopsie, caractérise le délire alcoolique.

Si on veut distinguer la part qui revient au poison scarlatin, de celle qui appartient aux toxines d'infections secondaires ou aux auto-intoxications, sur la genèse du délire, la question n'est pas toujours facile à résoudre. Toutefois l'étude attentive du malade permet souvent de séparer les symptômes nerveux et les troubles mentaux dus à la scarlatine de ceux qui relèvent d'autres causes. Les accidents nerveux graves qu'on attribuait à la diphtérie relèvent souvent d'une streptococcie : Obs. 5.

L'insuffisance hépatique et surtout l'insuffisance rénale jouent un grand rôle dans la production des phénomènes nerveux et sur la terminaison des scarlatines graves. Le diagnostic d'une complication rénale, quoique très difficile peut se faire dans certaines conditions ; il est même facile à la période de convalescence, lorsque les symptômes de néphrite sont manifestes, comme la bouffissure du visage,

l'œdème pulmonaire et des jambes (Obs. 10, due à M. Monod).

A la période d'état il est parfois très difficile de faire la part de ce qui, parmi les troubles mentaux, appartient à la scarlatine et de ce qui résulte de la complication rénale.

Dans le cas de Marcus (Obs. 9) le délire débute le quatrième jour de l'invasion de la scarlatine alors que l'albumine n'a pas encore apparu, mais dans les jours suivants, des convulsions et une albuminurie évidente compliquent le délire. Dans l'obs. 4, les troubles mentaux s'améliorent avant l'apparition des manifestations urémiques, dans ce cas la scarlatine a déterminé une confusion mentale symptomatique s'améliorant au douzième jour de la maladie, et au dix-septième jour seulement l'urémie prédominante emporte la malade.

Le scarlatineux délirant qui devient urémique, présente une suppression des urines, une mauvaise desquamation qui ne se fait même pas, une peau sèche, une respiration fréquente si sa pupille se retrécit, son pouls se ralentit et s'il fait de l'hypothermie on reconnaît sûrement la terrible complication rénale : obs. 8.

Nous avons indiqué la marche et la durée des différentes psychoses qu'on observe aux trois périodes de la scarlatine. Le délire de collapsus a une durée très courte et le malade est emporté par sa scarlatine maligne. Les confusions mentales symptomatiques intra-scarlatineuses ont une durée de 8 ou 10 jours et elles évoluent plutôt vers la guérison que vers la chronicité.

Dans les cas légers, dans les délires oniriques, les

malades ont des troubles mentaux qui durent deux, trois ou quatre jours. A la convalescence les délires vésaniques persistent quinze jours ou un mois et ordinairement ils guérissent. Les démences post-scarlatineuses constituent souvent des états mentaux incurables.

Pronostic. — Lorsque dans les scarlatines, les malades ont du délire c'est un symptôme toujours grave, car les troubles mentaux accompagnent surtout les infections violentes. Mais en dehors de la gravité de la maladie elle-même les psychoses intra-scarlatineuses ont un pronostic le plus souvent favorable. Le peu de durée du délire, sa guérison complète sans apparence de nouvelle rechute, font de la confusion mentale intra-scarlatineuse ou même de celle de la convalescence un genre de psychose autrement favorable que la manie et surtout que la mélancolie.

Toutefois sont très graves les cas où la confusion mentale se termine par la démence. Lorsque la psychose doit aboutir à la chronicité, on observe peu à peu le passage de la confusion mentale légère à une démence profonde.

Dans ce cas les malades traversent des accès d'excitation qui les laissent de plus en plus indifférents (Obs. 22). Ils aboutissent au gâtisme et meurent dans le marasme. Chez les enfants les psychoses chroniques, après la scarlatine, sont d'une plus grande gravité que chez les adultes. En effet, chez les premiers, à la psychose s'ajoutent des symptômes d'idiotie ou d'épilepsie.

Aussi, en Angleterre, où les scarlatines sont particulièrement graves, il est dit assez communément que telle personne n'est plus la même depuis qu'elle a eu la scarlatine.

Dans des épidémies de scarlatine qui se sont déclarées chez des aliénés, on a noté, comme Dowal en 1869, un heureux résultat sur l'affection mentale antérieurement établie. Dans un cas, le sujet avait une mélancolie anxieuse, avec impulsion au suicide, avec antécédents héréditaires. Son état mental s'améliora et même guérit complètement. Le plus souvent malheureusement, l'amélioration de l'état mental des aliénés pendant le cours de la scarlatine ne se soutient pas longtemps.

Traitement. — Dans les cas légers, le régime lacté, les moyens hygiéniques sont suffisants. Lorsque les troubles mentaux sont plus intenses on doit donner des bains tièdes progressivement refroidis et continués jusqu'à la cessation du délire tant que la température oscille autour de 39°.

On rejette toujours les moyens de contention violente lorsque le malade traverse des accès d'agitation. Toutefois on veille sur lui afin de prévenir les accidents liés aux impulsions fortuites du délirant. Dans des cas complètement désespérés on peut suivre la méthode de M. Roger qui fait pratiquer une injection de 50 à 80 gr. de sang défibriné, pris à un scarlatineux convalescent. Nous rapportons (obs. 18) le succès qui a couronné une tentative de ce genre faite chez un scarlatineux présentant de nombreux troubles cérébraux.

Dans les folies post-scarlatineuses, il convient de donner un régime tonique et réparateur, bains et exercices et psychothérapie.

CONCLUSIONS

Les désordres-cérébro-médullaires, dus à la scarlatine, se traduisent par des manifestations nerveuses multiples, complexes comme l'est en général la séméiotique nerveuse.

Les phénomènes nerveux du début consistent dans des troubles de parésie et paresthésie généralisées avec de l'agitation cérébrale.

1° On observe des manifestations cutanées, surtout à la convalescence, et qui sont liées à des poussées fébriles post-scarlatineuses : urticaire, érythème noueux, éruptions de zona.

2° Les accidents nerveux périphériques revêtent la forme de névralgies à siège variable, ou de névrites localisées aux membres inférieurs : pseudotabes post-scarlatineux.

3° Les troubles médullaires sont plus fréquents. Les paralysies de la période d'état sont généralisées et d'un pronostic défavorable. Les paralysies post-scarlatineuses revêtent surtout l'allure de paralysies cérébrales ; mais les paralysies non cérébrales existent et se présentent d'abord sous la forme généralisée, ne prenant que secondairement la forme hémiplegique, ou une forme nettement systématisée à quelques segments de la moelle. Il

y a une sténose laryngée d'ordre paralytique post-scarlatineuse.

4° Les troubles bulbaires constituent une dyspnée toxhémique, d'ordre nerveux et redoutable.

5° Les accidents cérébraux se révèlent par des convulsions portant souvent sur une moitié du corps ; elles peuvent être une complication mortelle à la période d'état.

Les manifestations hystériques, principalement post-scarlatineuses ne sont pas rares ; elles guérissent. La chorée est également bénigne.

6° Les psychoses scarlatineuses sont fréquentes. Louis donne la proportion d'un délire sur six scarlatineux. Pour certains auteurs, la scarlatine à la période d'état est la cause essentielle des troubles mentaux, qui se voient surtout dans les formes graves ou malignes de la maladie, agissant ainsi sur des sujets jeunes entre 15 et 30 ans. La prédisposition héréditaire joue un rôle plus considérable et même essentiel dans l'éclosion des folies post-scarlatineuses.

Les psychoses sont le résultat de l'atteinte du cerveau par le poison scarlatin, qui produit sous des modalités diverses l'autoatisme cérébral.

Elles revêtent les différentes formes des délires d'intoxication et se caractérisent par un fonds primitif de confusion mentale ou un état de rêve.

Il y a des psychoses initiales ou du début, portant sur un cerveau, qui est le point faible de l'organisme.

Les psychoses de la période d'état ou intra-scarlatineuses sont les plus nombreuses. Elles revêtent différents aspects :

1° Le délire de collapsus ou confusion mentale suraiguë appartient aux scarlatines malignes ;

2° Dans les scarlatines graves, on voit des cas typiques de confusion mentale symptomatique simple ; à côté de cette forme existe une confusion hallucinatoire aiguë.

3° La psychose de rêve ou onirique est l'apanage des scarlatines normales ; elle est très fréquente.

Les vésanies de la convalescence ou post-scarlatineuses revêtent la forme d'un délire lypémaniaque confus avec des idées changeantes, ou d'un délire systématisé secondaire.

Le pronostic des manifestations nerveuses est en général favorable, si on excepte les cas d'épilepsie acquise post-scarlatineuse, ou d'affections à lésions franchement organiques : sclérose en plaque, un cas de maladie de Friedreich, ou des démences incurables.

Les accidents cérébraux, liés aux scarlatines graves sont justiciables des bains froids et de l'hémothérapie suivant la méthode de M. Roger.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Symptômes de folie pendant l'incubation de la scarlatine.

(Le Mental Science, July 1876, p. 338).

Harrington Take lut à la réunion de l'Association médico-psychologique l'Observation suivante de Hills.

F... G..., âgé de 32 ans, fut admis à l'asile le 22 janvier 1876, dans un état d'anxiété et de révolte ; il ne dormait pas, ni ne répondait raisonnablement aux questions ; il avait des habits déchirés et souillés et il murmurait des propos incohérents. Ces symptômes ne persistèrent après son admission que jusqu'au troisième jour, où l'on vit l'éruption de la fièvre scarlatine sur le cou et la poitrine et le jour suivant elle s'étendit sur le tronc ; il existait un léger mal de gorge. Le point intéressant fut la cessation complète de tout désordre mental aussitôt après le développement de l'exanthème. Depuis ce moment, jusqu'à la date de sa mise en liberté, le 28 mars, il ne montra point d'autres signes d'aberration mentale ; il reprit des forces et il travailla au jardin.

Il m'assura, ce qui fut contrôlé, qu'il y avait eu un enfant atteint de scarlatine dans la maison d'où on l'avait apporté. J'ai vu des cas de délire durant la période d'incubation, mais je n'ai jamais vu un malade présentant en actes, des symptômes de folie tels que son placement dans un asile fût nécessaire. Ce

malade avait une parenté respectable, mais il était d'une intelligence plutôt faible.

OBSERVATION 2

A la même réunion, le Dr Williams déclara qu'il avait eu l'année précédente, un cas à peu près analogue, à l'hôpital de Bethléem. On admit une malade en état de manie aiguë. Le médecin qui l'avait envoyée, était un grand praticien, mais il n'avait pas soupçonné une maladie autre dans ce cas. Vingt-quatre heures après son admission, elle avait une éruption de fièvre scarlatine complètement développée. Après cela, on l'envoya à l'hôpital des scarlatineux, et elle alla bien.

OBSERVATION 3 (Personnelle).

Scarlatine grave, sans albuminurie. Troubles de l'appareil neuromusculaire : de la sensibilité, de la motilité et sphinctériens. Confusion mentale primitive avec délire vague, surtout professionnel, durant depuis le sixième jusqu'au douzième jour de la maladie.

D..., âgé de 14 ans, garçon épicier, entre à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers le 9 février 1899, pour scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Le père, épicier, buvait. Il est mort poitrinaire il y a huit ans. La mère est bien portante.

Antécédents personnels. — Il a toujours eu une bonne santé, quoique d'une constitution un peu faible. Il fréquente l'école jusqu'à treize ans; il se place ensuite comme garçon épicier. Il ne fumait pas, ne prenait pas d'apéritifs; il buvait un peu de vin et un rhum à midi, pas de goutte le matin.

Scarlatine. — Le contag est inconnu. Début le 5 février par mal de gorge.

Le 6 et le 7. — Céphalée assez vite ; vomissements répétés, légèrement verdâtres, laissent après eux un goût d'amertume très prononcé.

Le 8. — Début de l'éruption. Les vomissements continuent

Le 9. — Il entre à Aubervilliers avec une éruption typique généralisée. Il est abattu et ne peut faire quelques pas à son arrivée, qu'avec l'aide de sa mère, qui le soutient, lorsqu'il quitte l'ambulance. Le soir, 40°4.

Le 10. — Le visage est rouge ; l'exanthème est net sur les membres, moins marqué au thorax, plus intense au cou et aux extrémités, où se voient des éléments d'éruption miliaire et qui sont le siège d'une cuisson intense. Céphalée légère ; courbature générale. La langue est sèche, dépouillée sur les bords. La gorge est rouge, avec angine érythémateuse ; les amygdales ne sont pas hypertrophiées. Le poumon est normal, un peu d'éréthisme cardiaque ; les battements sont rapides. Pouls : 156. Un vomissement le matin. Le liquide de Tanret trouble légèrement l'urine filtrée. Température le matin : 41° ; le soir : 40°6. On prescrit des lavages de gorge avec de l'eau bouillie ; bain à 28° toutes les trois heures. Après le bain, la température descend environ d'un degré. Potion avec acétate d'ammoniaque, sirop d'éther. Régime lacté absolu.

Le 11. — Au dynamomètre, les mains serrent à 12. Un demi-litre d'urine, pas d'albumine. Le matin, 39°8, le soir 39°2.

Le 12. — Pas d'albumine ; le matin 39° et le soir 38°7.

Le 13. — L'éruption pâlit ; le visage et le cou desquament. Le foie est plutôt petit ; un lavement pour évacuer le contenu intestinal. Il perd en partie ses urines dans le bain ou dans le lit. Le matin, 38°7, et le soir 38°6. Il reçoit 100 gr. de sérum artificiel.

Le 14. — Les réflexes sont conservés, le crémastérien est bon, et l'abdominal très faible. Les cuisses étant fléchies, les mouvements d'abduction sont très limités. Il trouve les bains trop froids, les jours précédents il les prenait avec plaisir. On constate de l'hypéresthésie cutanée et la pression des masses musculaires est douloureuse. La langue est un peu sèche, le matin. Pas d'albumine et peu d'urine, mais il en perd dans le lit. On ne continue plus l'acétate d'ammoniaque. A neuf heures du soir, on voit de grands lambeaux de peau desquamée sur les avant-bras. Le malade est amaigri; les yeux sont excavés; le ventre est rétracté. La langue est humide, la respiration calme; le poulx est bon, peu fréquent. Il urine dans le bain.

La température est à 38°,7 le matin est à 38°,8 le soir.

Le 15. — Elle tombe à 37°,5.

Le 16. — On note une abondante desquamation sur le tronc et les membres. Il existe une escharre sacrée légère, à ce niveau la peau est fortement excoriée. Les yeux sont très excavés et le ventre toujours rétracté. Les yeux sont très chassieux et on voit du muco-pus entre les paupières et le globe oculaire.

Les conduits lacrymaux sont enflammés mais il n'existe pas de coryza. Ses lèvres tremblent; il a de l'hyperesthésie cutanée et musculaire. Le dynamomètre marque 10. Pourtant il ne peut s'asseoir seul et il se place même difficilement en décubitus latéral.

La respiration qui est calme, présente de longues pauses après l'expiration et par moment il semble oublier de respirer. Il vomit le lait une fois; plusieurs selles séreuses.

Le 17. — Il ne peut toujours pas s'asseoir seul.

L'hyperesthésie est moins prononcée. La langue présente des excoriations, revêtues de croûtelles. La respiration est lente et

présente des pauses comme la veille. Le soir la température monte à 38°,4.

Le 18. — Elle revient à 37°, pour s'élever à 37°,9 le soir. Dans la nuit, il a des coliques avec plusieurs selles et comme les jours précédents il perd parfois ses matières sous lui.

Le 19. — Au matin, 36°.

Le 20. — On ouvre un petit abcès sous-cutané, au niveau du sacrum. A ce niveau la peau qui s'était excoriée, est encore très rouge, luisante. Le malade est très amaigri.

Il présente sur la pommette droite, du côté interne de l'œil, un placard rouge, prurigineux. Le soir 37°,4.

Le 21. — Sur la pommette au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire on voit une dizaine de vésicules qui persistent encore le 23 février. A cette date, 36°,6 ; il peut manger.

Le 25. — Il prend des forces. Il serre 26 au dynamomètre. Les vésicules d'herpès ou de zona desquament ; l'abcès du sacrum guérit. (Voir les troubles mentaux, page 41).

OBSERVATION 4 (Personnelle).

Scarlatine intense. Confusion mentale avec impulsions diverses tentative de suicide. Amélioration des troubles mentaux au 12^e jour. Crises de contracture généralisée et asphyxie terminale probablement urémique au 17^e jour.

R..., domestique, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers le 28 avril 1899, pour scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Le père, la mère sont bien portants, habitent la province. Elle a une sœur plus jeune, bien portante.

Antécédents personnels. — Née et élevée à la campagne. A 15

ans, elle a la danse de St-Guy, qui dure 5 ou 6 mois ; puis elle présente des attaques d'hystérie qui se répètent assez souvent après une émotion vive. Elles se caractérisent par une perte de connaissance et des crises de larmes après l'accès. Elle n'a plus de crises de nerfs après 20 ans. A 24 ans, elle a un enfant, qu'elle ne nourrit pas et qui ne vit que 4 mois. Actuellement elle est domestique chez des Anglais.

Scarlatine. — Elle débute le 24 avril par céphalée, fatigue générale. Mal de gorge très intense et déglutition très douloureuse ; pas de vomissements, ni diarrhée. La malade ne s'est alitée que le 26 avril.

Le 28. — L'éruption apparaît, d'abord sur les mains, puis sur les bras, la poitrine et les jambes. Le mal de gorge est encore très prononcé, ainsi que la céphalalgie. Température du soir : 40°,3.

Le 29. — Eruption scarlatiniforme sur tout le corps ; la malade est très abattue. Langue rouge et dépouillée. Le mal de gorge a diminué ; les amygdales sont rouges, œdématisées. Cœur : souffle méso-systolique à la pointe. Pouls 160. Urines sont foncées et présentent de l'albumine, moins de 0 gr. 50 au tube d'Esbach. Le matin 40°,6 et le soir 40°,3. On lui donne des bains à 28°.

Avant son entrée à l'hôpital, elle a eu de l'agitation, en effet sa maîtresse lui écrivait le 5 mai : « Soyez sage et ne ragez plus. » Elle déclare le 29 au matin : « Si j'étais restée chez moi, je me serais jetée par la fenêtre. » Alors elle répond assez bien aux questions. Dans l'après-midi, elle a des hallucinations et tient déjà des propos incohérents. Elle voit des lits qui sont retournés ; tout son argent est éparpillé. « Est-ce que Madame me permet d'embrasser Bébé ? — Il y a quelqu'un sous le lit. »

Elle dit que sa voisine de lit reste au-dessous d'elle, la malade habitant au sixième étage. Elle est contente de prendre des bains mais dans la nuit elle a des lypothymies et chaque fois qu'on la met au bain elle dit qu'elle va se trouver mal.

Le 30. — Elle a des tendances à des syncopes, lorsqu'elle se lève ou qu'elle prend des bains. On remplace ceux-ci par des enveloppements humides. On note un peu d'albumine dans les urines, mais moins que la veille. Le matin, 39°,4 et le soir 39°6.

A 5 heures du matin, elle se lève pour aller à un rendez-vous. Elle dépasse cinq ou six lits du côté de la porte. Lorsqu'on l'arrête elle dit : « Laissez-moi aller, on m'attend ; laissez-moi. » On peut facilement la remettre au lit. « Je vous dis que mademoiselle va venir coucher avec moi. » Elle boit le lait qu'on lui donne et reste calme, se contentant de divaguer. Dans la soirée, elle dit : « J'ai toujours envie de dormir, je ne puis pas ouvrir les yeux. Si j'avais su, je ne serais pas restée chez moi. Regardez donc ces belles fleurs ! (Elle avait pu voir un bouquet qu'avait reçu sa voisine). Il faut mettre le couvert pour 10 personnes. Allumez la bougie, le gaz ne va pas. Il faut se mettre à table. Servez ces messieurs. » Dans la nuit, elle cherche plusieurs fois à se lever.

Le 1^{er} mai. — « Tout le monde est habillé. On m'attend pour partir en téléphone à Londres. Tout est prêt et moi je suis en jupon. Depuis qu'on a fait cette fenêtre au deuxième étage, je mange bien (elle regardait le plafond). » Comme elle parle d'un Gaston, une voisine lui demande si elle a un amoureux. « Qu'est-ce que ça peut te faire, sale pimbèche ? Comment il s'appelle ? » Elle ne répond pas. Plus tard, elle dit : « Gaston

est pâtissier et son concierge le connaît bien. » Elle dit à l'interne : « Tiens, te voilà ; tu vas bien. »

Plusieurs fois, elle essaie de se lever dans la journée. « Je veux m'en aller, voilà mon champ (elle regarde vers la croisée) Non, laissez-moi ; je veux m'en aller. » On met deux planches au lit pour l'empêcher de se lever. « Tiens ! me voilà à présent dans une petite maison. On aurait mieux fait de me laisser chez moi. Ici je vais mourir. Je tiens à ma vie ; l'argent, je m'en fiche. Emportez tout. Je vous dis qu'il y a quelque chose qui m'écrase ; je sens bien une roue qui me passe sur l'estomac. Je ne veux pas prendre votre eau-de-vie, je ne veux pas la prendre.

Il faut mettre le couvert. Madame va arriver, voyons, il faut servir le lait. Ernest, viens donc secouer le tapis ». Dans la nuit, elle se mit à genoux sur son lit. « Tiens, ça y est ; je l'ai prise, la clef. Madame ne veut pas m'ouvrir la porte ».

On lui demande : « Voulez-vous du lait ? Donnez-moi de ce siphon. Si c'est fermé, il ne faut pas chercher ». Elle boit du lait. Elle ne dort pas et la veilleuse la garde.

Le 1^{er} mai. — On note des tremblements des mains au moindre effort. Le pouls est à 140. Un peu d'albumine.

La diazoréaction est positive. Le matin 39°2 et le soir 39°8.

Le 2 mai. — L'éruption a pâli et le cou desquame. La langue est un peu sèche. Pouls 128. Après s'être levée dans la soirée et avoir marché dans la salle le pouls bat à 162, et elle se cyanose. Elle perd ses urines sous elle. Le matin 39°1 et le soir 39°5. On lui injecte 500 gr. de sérum artificiel ; piqûre de caféine.

Toute la journée, elle s'assied sur le lit, et regarde vaguement autour d'elle ; une voisine est son père et l'infirmière est sa mère. « Bonjour, papa ! oh ! maman, que tu es bonne ! tu me

soigne bien. Recule-toi, je vais t'envoyer des crachats à la figure ». Elle adresse souvent des propos incohérents aux malades qui par curiosité ou pour la surveiller, sont autour de son lit. Une voisine lui demanda : « Comment vas tu ? Ça va bien. Tu vas sortir ? — Je n'ai pas d'argent. Je t'en donnerai, parce que je t'en dois. — Je m'achèterai trois chemises à 2 fr.25 pour être belle; et puis après tout, j'en ai du linge ». A midi, l'infirmière veut la retirer du drap mouillé : « Va manger », dit-elle. Elle retient le drap tant bien que mal. Depuis cette heure, elle est moins docile, devient un peu méchante. Elle cherche à gifler l'infirmière. « C'est pour de bon, dit-elle, et non pas pour rire ». A une heure, elle s'oppose légèrement à ce qu'on lui prenne la température rectale. Pendant qu'on pratique l'injection de sérum, on est obligé de lui tenir bras et jambes. Elle sent planter l'aiguille.

Lorsqu'on doit lui donner à boire : « C'est du lait sucré; il est chaud; je n'en veux pas ». Elle veut s'habiller pour partir. « Je ne bois plus, car je ne veux pas salir les dents (qu'on lui nettoyait avec de la glycérine) et le lait m'empâte la bouche ». A la vue de l'interne, elle dit : « Bonjour, ça va bien; je vais au café et je veux le chercher. — Qu'est-ce qui frappe ? Que le Diable les emporte ! Je vais regarder là bas si vous êtes nombreux ». Et elle ne peut pas rester longtemps assise sur son lit, entre deux planches, car tous ses muscles tremblent. « Ils sont épouvantables ! Je n'ai pas fait mon ouvrage. J'ai tout perché en haut. Et le linge. C'était du nouveau; il est dans une bouteille avec des noisettes. Je ne connais pas de Gaston. Je veux bien me marier. Cela dépend des jours. Je puis prendre le consentement maintenant.... Je suis perchée sur le toit, allez-vous en. Elles ont fait des frais; c'est du beau monde ». On lui demande :

« Tu vas avoir du pourboire? Je ne l'ai pas Gaston. Il nous agace. J'ai encore ma virginité. C'est lui.... Je lui dirai ma potion, qu'il doit déchiffrer. Je connais très bien le langage de l'Angleterre. Au revoir, Madame. On fait des cérémonies, aujourd'hui... Il y a du beau monde ». On lui demande plusieurs fois : « Où restez-vous »? Elle finit par répondre : « Rue Monge. Quand est-ce qu'il est venu celui qui monte à cheval. Ernest a les cheveux bruns. Moi je reste là. Il fait des frais aujourd'hui. Laissez-nous voir votre langue, lui demandons-nous. Je ne l'ai plus. Je connais tout le monde. Le couvert va être mis ». Voyant qu'on prend des notes, elle dit : « Qu'est qu'il écrit ? » Sa voisine lui dit : « Il écrit à Gaston? Gaston me souffle comme un... Je veux boire ; je crois qu'il n'y a pas de soupe. Je ne veux pas du lait ; je veux sortir. Monsieur frappe pour que je sorte ».

Nous l'interrogeons au sujet de ses parents, elle répond incomplètement : « J'ai une mère. On me dit de m'en aller ». Elle veut se lever. Comme nous insistons. « J'ai mon père, dit-elle, c'est toujours l'histoire en question. Laissez-moi sortir. Ça écrit toujours. C'est pour sortir que vous me cherchez ». La voisine lui demande : « Qui t'a fait du mal? Laissez m'en aller. Ils se fâchent. C'est vous qui venez dîner. C'est à vous que ces dames l'ont promis. Elles font le service. On ne me fait pas du mal, je ne suis pas malade (elle tend la main vers la voisine) je ne te battrai plus. A Paris on ne meurt pas ; c'est en Angleterre.

Ils doivent être fâchés, ces messieurs qui couchent là. » Elle défait les draps, reste assise et montre la langue. « Elle est gentille, ma langue. Au revoir, monsieur. Madame. je vais vous voir. » Elle veut aller vers sa voisine. « Laissez-moi sortir, je ne suis pas libre d'ouvrir les autres portes. Tu en as plein le dos

dans le salon. Laissez-moi partir. Ce n'est pas la figure de ces dames. C'est une malle que vous avez ouverte, comme si elle était à vous. Ces dames anglaises ont trouvé 2 malles, regardez l'autre, je vais la fermer. Ce n'est pas moi qui retient ce monsieur. Monsieur est servi. » Lorsque nous lui disons plusieurs fois au revoir, et que nous lui tendons la main, elle présente à peine la sienne.

Aussitôt elle se lève malgré nous : elle se penche en dehors du lit et nous devons la prendre dans nos bras pour qu'elle ne tombe pas comme une masse. Sa peau se cyanose au milieu de ses efforts. Remise au lit elle ne reste calme qu'un moment, comme on a enlevé une planche du lit, pour la recoucher elle se lève plus facilement ; elle avance dans la salle, sans but. Elle va s'asseoir, en tremblant, sur une chaise, où elle reste tranquillement. Elle promène autour d'elle un regard vague. La camisole qu'elle porte ne va qu'à la ceinture. L'infirmière lui dit : « Vous n'avez pas honte devant un monsieur ? — Eh ! donnez m'en une plus longue ! » Elle se laisse conduire sans résistance vers son lit et on la remet facilement en place. « Madame, je ne veux pas travailler. Je veux mon couvert, etc... » La nuit, on doit la surveiller de très près, sinon elle se promène dans la salle.

Le 3 mai. — La desquamations s'accroît. La peau s'excorie au niveau de la région sacrée. La température reste élevée ; le matin 39°6 et le soir 39°. Le pouls se maintient à 150. On reprend les bains qu'on abaisse de 35 à 28°. Elle reçoit volontiers des seaux d'eau froide sur la tête. Elle reste calme, toutefois elle tient encore des propos incohérents, rappelant ceux de la veille. Elle dit à l'infirmière : « Tu es saoula. » Dès qu'elle se sent mouillée (elle perd ses urines) elle cherche à se lever.

Le 4. — La température baisse. Le matin 38°, le soir 38° 3. Le pouls est à 126. Elle réagit mieux que les jours précédents. La pression des masses musculaires est douloureuse. Elle est alors au maximum d'excitation. Elle se lève, va regarder à la croisée elle fait même une vraie chute de son lit et on est obligé, de la relever. Elle se met à crier : « Pique ! pique. Vous êtes beau, dit-elle à l'infirmier et elle cherche à prendre le foulard qu'il portait au cou et elle répète : pique ! pique ! »

Elle traite sa voisine de chameau et d'autres termes. A différentes reprises, elle chante. On est obligé de la faire boire à la cuillère. Elle frappe le lit avec ses pieds. Lorsqu'on lui fait des lavages de gorge, elle crache de tous les côtés et même à la figure de l'infirmière. Elle dit aux malades : « Laissez-moi et tapez cette coquine ».

Au moment du déjeuner des autres malades, elle cherche à s'étrangler. Elle se serre de son mieux le cou avec le lien de sa chemise ; elle a les yeux hagards et résiste lorsqu'on lui desserre le lien. A ce moment, ses dents grincent. Et elle ne répond plus rien aux questions qu'on lui pose.

Le soir, comme elle demande une lettre, on lui lit un papier quelconque. A chaque mot, elle dit : « Oui, oui » puis elle continue : « Pique ! pique ! » C'est le mot qu'elle répète le plus souvent du matin au soir. Dans la nuit, elle est moins excitée que le jour.

Le 5. — L'évolution de la scarlatine nous paraissait devoir être favorable. Pour la première fois elle a dormi un peu.

Le matin le pouls est à 116, et la température à 38° ; le soir 38° 6 et le pouls après des efforts bat 140. La malade ne cherche plus à se lever. Le matin elle regarde fixement.

Lorsqu'on lui demande si elle veut boire, elle ne répond pas.

Plus tard, elle déclare à sa voisine qu'elle va mourir : « Je ne suis pas guérie, je n'ai pas toujours été méchante comme celà ; et si je vous ai battue, je ne recommencerai pas ».

A midi, on lui montre un petit enfant. A sa vue, elle dit : « Mon petit Georges », et elle veut le prendre ; puis elle se met à pleurer. On obtient alors les premières réponses raisonnables. Elle dit qu'elle a accouché à Beaujon et que le père de son enfant l'a abandonnée. Puis elle reste longtemps sans causer. Le soir nous lui demandons comment elle va : « Je ne vais pas mieux » et c'est tout ce qu'elle nous répond ; puis avec la main, elle nous fait un grand geste, qu'elle répète souvent, comme si elle voulait dire : « Au revoir ! » Elle s'assied sur son lit et alors on lui présente une lettre en disant : « Votre patronne demande de vos nouvelles ». Elle lit un nom qui n'est pas le sien et ajoute : « Rien que ça, ce n'est pas pour moi ». Et ses mains qui tiennent le papier, présentent un tremblement assez rapide et intense. On l'aide à se coucher et elle nous dit qu'elle est née dans le département du Lot.

Son père est gardien dans un asile d'aliénés depuis 3 ans ; elle a 25 ans et l'an dernier elle a eu son petit bébé qu'elle n'a pas élevé au sein. Elle ajoute qu'elle n'est pas guérie, mais rien ne lui fait mal. Elle ne sait pas ce qu'elle voulait dire, en faisant tantôt un geste avec la main. Elle croit être à l'hôpital depuis trois semaines. Elle ignore ce qu'elle y a fait, elle ne sait pas si une ambulance l'a conduite. Elle se rappelle qu'elle était domestique rue des Arènes.

Cet interrogatoire la fatigue beaucoup. Plus tard elle s'entend appeler lorsqu'on distribue les lettres et elle dit : « C'est moi ». On lui ouvre une lettre de sa patronne, elle veut la lire ; mais elle dit : « Je ne comprends pas grand chose » Une voisine

lui explique les termes de la lettre. On voit qu'elle n'a que des souvenirs confus des faits qui se sont passés les premiers jours de sa scarlatine.

Ensuite elle sommeille un peu ; sa respiration est calme, mais ses mains s'agitent et ses lèvres tremblent. Au moindre bruit, elle entrouvre les yeux.

La nuit elle présente des moments d'agitation.

Le 6. — La desquamation est très abondante sur la poitrine et les mains. A la plante des pieds, la peau est morte, blanche. La malade est amaigrie, atrophiée ; de haute taille, elle a un aspect squelettique. Elle garde sa connaissance, ne tient plus de propos incohérents. Ses réponses sont raisonnables. On lui prescrit de l'extrait de valériane à cause de l'agitation des nuits précédentes, et les jours suivants du polybromure. Elle a un peu de diarrhée. On note de l'albumine en quantité insignifiante. Le pouls n'est pas très fréquent mais la température se maintient à 38°,1 le matin et à 38°,4 le soir.

Le 7. — Même état. La malade perd ses urines.

Le matin 38°,2 ; le soir 38°,5. Elle cause raisonnablement. La nuit, elle a des malaises, un peu d'oppression.

Le 8. — Elle présente des crises de contracture. Les membres se raidissent légèrement ; elle a de petits grincements de dents. Au moment de ses crises, elle dit souffrir du ventre. Elle reste raisonnable. Toutefois dans un moment d'agitation et de contracture elle renverse sa table de nuit. Ces crises convulsives se répètent dans la nuit. La malade ne présente pas d'enflure ; excoriation au niveau du sacrum. Desquamation abondante. On lui fait du bien, dit-elle, lorsqu'on dépouille ses orteils de « leurs peaux » et des ongles qui dépassent les parties molles. Lorsqu'on lui lit une lettre, elle écoute. On lui donnait un ren-

dez-vous. « Il y a longtemps que je le connais, celui-là, dit-elle ». Elle urine dans son lit et boit volontiers jusqu'à trois litres de lait. Le matin 38°,4, le soir 38°.

Le 9. — A peu près le même état que la veille. Ses mains tremblent. Ses membres se raidissent quelquefois par crises. Elle reconnaît bien l'infirmière, madame Jeanne. Le soir, au moment d'une crise, elle pousse un cri plaintif : « Oh ! oh ! » puis on comprend encore : « Mon père va mourir ». Elle écrase ses matières qu'elle perd sous elle et en souille ses doigts. La nuit, elle est comateuse, et après une dernière crise d'asphyxie elle meurt le 10 mai à 5 heures du matin.

A l'autopsie, le foie est gros, légèrement dégénéré. La rate est peu diffluent. Les deux poumons, surtout le gauche, sont congestionnés. Le rein gauche, blanc rosé a une substance corticale dégénérée ; sur le rein droit, violacé, brunâtre, il est difficile de distinguer les deux substances corticale et médullaire.

OBSERVATION 5 (Personnelle).

Scarlatine grave. Parésie et hyperesthésie généralisées. Confusion mentale primitive, hallucinations avec dépression mélancolique aux cinquième et sixième jours de la scarlatine. Coryza postérieur pseudo-diphthérique. Cessation des troubles mentaux. Mort par streptococcie au treizième jour.

Marie L..., âgée de 30 ans, domestique, entre à l'hôpital le 30 décembre 1898, pour scarlatine. La malade n'a pas présenté de maladies antérieures ; elle est fortement constituée. Dans la maison qu'elle habite, un garçon de 7 ans est atteint de scarlatine depuis le 25 décembre.

Scarlatine. — Début le 27 décembre au soir par frisson, mal de gorge, deux vomissements la nuit. Le 28, elle garde le lit ;

sensation de fièvre, de courbature générale. Le 29, éruption constatée sur les bras, le sommeil est agité ; elle a des bourdonnements d'oreille qui persistent jusqu'au lendemain. Le soir du 30 décembre, température 40°4.

Le 31. — L'éruption est généralisée, mais irrégulière. Elle manque par places. Elle est peu nette sur l'abdomen et plus marquée sur les jambes. La déglutition est douloureuse. Langue dépouillée, sèche. Angine rouge, s'étend sur tout le pharynx. Gêne respiratoire, à cause d'un coryza et de plus le poumon droit, en arrière vers l'angle de l'omoplate, présente un souffle *expiratif*. Les battements du cœur s'entendent nettement à ce niveau. On perçoit de même le bruit du lait qu'elle déglutit. P. 136. Urines foncées. Demi-litre dans 24 heures, un peu d'albumine. Température le matin 40°4 et le soir 40°. Dans la soirée, un cathétérisme uréthral l'effraie beaucoup ; elle s'imagine qu'on a cassé la canule dans son urèthre. A la suite de ces illusions, elle s'agite, se lève et veut partir. Lorsqu'on la maintient, elle se plaint de ce qu'on veut la faire mourir.

L'agitation continue toute la nuit. Plusieurs fois, elle déclare que demain elle ne sera pas vivante. Trois fois, elle descend de son lit, pour se sauver. Elle se sert de son pot à lait pour y faire ses besoins. Dans la nuit ses règles apparaissent.

Le 1^{er} janvier. — L'éruption est généralisée, toujours plus marquée sur les jambes. Dès qu'elle veut se servir de ses mains elles tremblent. On obtient quelques réponses raisonnables. L'angine gêne sa parole. Elle boit sans trop de douleur. Langue très sèche et coryza. Adénite angulo-maxillaire et cervicale. Temp. le matin 40°4, le soir 50°. Prend volontiers le premier bain à 28°. Elle dort après le bain. Dans la soirée, elle s'agite, cherche

à se lever. La nuit, nouvelle crainte; elle se lève, va au cabinet en pleine salle. Quelques urines sont conservées.

Le 2. — L'éruption a pâli, elle comprend bien; son regard est un peu fixe. Adénite. Ouvre mal la bouche. Coryza avec écoulement séro-purulent par l'orifice antérieur des fosses nasales. Il est difficile de pratiquer les lavages de la gorge et du nez (pommade mentholée). A 2 heures, sérum artificiel, 300 grammes, l'injection ne détermine pas de réaction douloureuse appréciable. P. 132. On donne les bains à 25°. Injection de caféine. T. le matin 40°, le soir 40°4. Dans la nuit, elle repose après les bains. Pas de délire appréciable.

Le 3. — Le cou est moins tuméfié que la veille, mais les ganglions sont gros. Ecoulement muco-purulent. Respiration régulière. P. petit, 136. Rejette par le nez une partie du lait ou eau de Vichy qu'elle boit. Urine sous elle. T. le matin 38°7 et le soir 39°. Sérum artificiel 300 grammes. Injection caféine. Pulvérisation phéniquée sur son lit. Un lavement. La nuit, elle est calme mais agile ses bras, qui tremblent en s'élevant et en s'abaissant.

Le 4. — Elle boit peu. Un nouvel exanthème sombre sur le thorax. Il manque sur les membres. Les masses musculaires des mollets sont diminuées. Abdomen ballonné, douloureux à la pression. Exulcérations sur les lèvres. Les ganglions sont gros et douloureux aux angles de la mâchoire; un torticolis à gauche. Ouvre la bouche difficilement. Rejette par expectoration beaucoup de muco-pus et des fausses membranes, qu'on peut voir sur le voile du palais. L'écoulement purulent par les narines a diminué. Dans le muco-pus, l'examen direct au microscope et les cultures révèlent des streptocoques associés à des cocci en amas. Il n'y a pas de bacille de Lœfler. Respiration régulière,

peu fréquente. P. 140. Comme elle perd ses urines, on en obtient à l'aide du cathétérisme ; pas d'albumine. T. matin et soir 40°2. Dans la nuit, elle a des étouffements.

Le 5. — Elle reste immobile, mais peut remuer les membres ; ses bras s'agitent, les mains présentent des soubresauts. Lorsqu'on remue la malade pour la panser, elle est comme une masse ; l'épiderme est enlevé sur les deux fesses. On saupoudre la plaie au salol. Elle comprend les questions qu'on lui pose mais la parole est douloureuse et elle ne répond que par des signes de tête. La langue, la cavité buccale sont très sèches. Elle garde de grosses masses ganglionnaires cervico-faciales. Un lavage de gorge fait sortir des paquets de fausses membranes qui ne se dissolvent pas dans l'eau. Elle avale de l'eau bouillie et des mucosités pendant le lavage. Le coryza est très diminué. La respiration est plus fréquente qu'hier. Les bruits du cœur sont distincts. P. vibrant, 152. Perd ses urines. Le matin T. 41·4 et le soir 39·6 ; deux piqûres de caféine. Pulvérisation thymolée. La nuit, un peu d'agitation, cherche par moments à se lever ; marmotte, murmure des mots incompréhensibles.

Le 6. — On voit encore sur le thorax un érythème sombre ; ses mains s'agitent à tous moments. Le torticolis persiste à gauche. Elle boit plus facilement. Respiration régulière et nasale. Les bruits du cœur sont distincts. P. 136. T. matin 39·6, soir, 39·9. Caféine. Lavages de gorge et pulvérisation. Cette nuit moins agitée que la précédente.

Le 7. — Relativement calme ; mais son assoupissement est précurseur du coma. Ses lèvres, qui tremblent, présentent des ulcérations. Ventre ballonné. Ne peut pas tirer la langue. Elle rejette des fausses membranes dans un vomissement bilieux. Respiration plus rapide, 52 ; le bruit trachéal gêne l'auscultation.

tion. P. 160. Reçoit 700 gr. de sérum artificiel. Caféine ; lavement. T. matin 38°4, soir 39° 4. Alors elle boit avec rage ; elle est couverte de sueur : ses pupilles dilatées ne réagissent pas à la lumière.

Le 8. — Le matin, à 7 heures, 42°3 et à 8 heures au milieu d'un lavage de gorge, elle se cyanose et meurt.

Autopsie. — Taches ecchymotiques sous-cutanées. Foie gros ; taches décolorées à sa surface ; consistance molle avec des îlots jaunâtres dégénérés.

Sous la capsule de la rate, quelques îlots de tissu plus rouges, indurés. Ganglions mésentériques, gros. Pancréas sain. Poumons, quelques adhérences pleurales à droite, foyer de broncho-pneumonie à la base et au lobe moyen ; le poumon gauche est sain. Cœur : les bords de la valvule mitrale sont un peu épaissis et un peu rouges sans lésion nette d'endocardite. Plaques d'athérome sur l'aorte. Chaque rein pèse 150 grammes ; substance corticale légèrement blanche. Utérus de nullipare.

OBSERVATION 6 (personnelle)

Scarlatine grave à tendance hémorrhagique. Hyperesthésie généralisée. Une seconde poussée éruptive. Confusion mentale hallucinatoire avec idées de persécution. Mort subite par collapsus cardiaque au 10^e jour.

Maria C..., âgée de 16 ans, domestique, entre à l'hôpital le 19 novembre 1898, scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Le père est inconnu. La mère est morte d'une affection pulmonaire. Un oncle bien portant.

Antécédents personnels. — A été élevée à la campagne. Domestique à Paris depuis deux ans. Pas de maladie antérieure, elle est d'une forte constitution.

Scarlatine. Début le 15 novembre par mal de gorge, malaise général. Le 16, l'éruption apparaît; dysphagie, plusieurs vomissements alimentaires, lait et tisanes. Les jours suivants, les vomissements continuent et elle garde le lit.

Le 19. — Elle marche difficilement; on la porte dans son lit, à son arrivée à l'hôpital. T. 40°5. La nuit, elle s'agite, veut descendre de son lit. Elle se plaint et ne dort pas.

Le 20. — Eruption intense typique. Elle présente de la parésie généralisée; elle s'assied difficilement sur son lit. Le dynamomètre marque 7.

De plus, les mouvements sont douloureux et il lui est pénible de prendre le décubitus latéral ou de s'asseoir. Une fois assise, elle se plaint de douleurs vers les lombes et les hanches. Flexion des genoux un peu douloureuse. Les muscles de la cuisse et des mollets sont un peu douloureux à la pression. Ceux de l'abdomen le sont aussi et se défendent.

Les grands pectoraux présentent le phénomène du *myoïdème*. Hyperesthésie généralisée. La dysphagie persiste. La langue est rouge, dépouillée, un peu sèche. Angine érythémateuse, sans fausses membranes. Au cœur, un souffle mésosystolique au niveau de l'artère pulmonaire. P. 124. Trois selles dans la journée. Urine assez abondante, avec traces d'albumine. T. le matin 39°4, le soir 39°1. Assez calme pendant le jour, la nuit, elle est agitée, se lève plusieurs fois, disant qu'on l'attend pour aller chez elle.

Le 21. — Hyperesthésie généralisée persiste. Langue sèche. Les bruits du cœur sont un peu sourds. P. 132. Potion de caféine. Elle a perdu ses urines dans ses matières. Un peu d'albumine; les urines de la veille n'ont pas fourni de dépôt avec le tube d'Ebach. Lorsqu'on sonde la malade, en vue d'avoir des

urines pour l'expérimentation, elle est troublée, anxieuse. A 9 heures du soir, la respiration est fréquente ; elle nous répond convenablement ; elle souffre de douleurs d'oreille. Elle ne dort point la nuit. Elle se lève 2 fois pour partir. Elle a un rêve varié ; elle demande qu'on joue de l'accordéon car elle veut danser.

Le 22. — A 9 heures du matin, elle comprend nos questions et se laisse examiner. L'éruption a pâli. Desquamation sur le cou ; l'épiderme se soulève en bloc autour de l'index gauche ; la peau est excoriée au coude et au sacrum. Arthralgie, surtout des genoux. Tous les muscles sont douloureux, même ceux du thorax. Langue sèche, rôtie. Souffle extra-cardiaque. P. 120 un peu faible. T. matin 38°2 et soir 39°3. Traces d'albumine.

On prescrit caféine ; sérum artificiel, 300 G. A 2 heures du soir, elle se révolte pendant l'injection de sérum. Tout d'abord, elle regarde planter l'aiguille dans la partie externe de la cuisse puis sa tête retombe et elle cherche à se sauver. L'injection ne semble pas provoquer de douleur. Plus tard elle nous répond encore ; elle connaît bien le fameux rebouteur de son canton (dans la Lozère), mais elle cherche son nom et cette recherche la fatigue ; vite, elle redevient anxieuse. Désormais elle va redouter tous ceux qui l'approchent, surtout l'infirmière et même le médecin qui l'a soignée depuis 4 jours et qu'elle aimait à voir à côté d'elle. La nuit, elle s'agite, veut descendre du lit, appelle son oncle, qu'elle voit venir vers la porte. Elle n'obéit point et on la contraint de boire.

Le 23. — L'éruption est plus intense que la veille. Elle a subi comme une nouvelle poussée ; on constate en effet un exanthème rouge brun sur le thorax. La langue est sèche ; les genives, les fosses nasales et les oreilles sont le siège d'une petite

hémorrhagie. Les parties molles semblent douloureuses à la pression, car l'examen du médecin l'exaspère et elle fait des efforts pour s'y soustraire. P. 112, faible, inégal. T. matin 38°,8, soir, 38°,4. Teinture de digitale XXX gouttes et deux piqûres de caféine. Les urines recueillies la veille présentent de l'albumine. A l'heure de la visite, sa voix est enrouée ; elle crie sans cesse : « Mon oncle ! (c'est chez cet oncle qu'elle restait à Paris) à mon secours ! » Elle dit au médecin : « Eloignez-vous ». Et elle appelle constamment son oncle qu'elle voit vers la porte. « Mon oncle, les gendarmes vont vous chasser ». La vue de ceux qui l'approchent, l'exaspère et elle refuse de boire. Elle se croit maltraitée par l'infirmière, repousse le lait que celle-ci lui présente. On la maintient au lit avec une camisole de force improvisée, car elle essaie souvent de partir. Dans la nuit, elle rage et sa voix est éteinte. Son refus de boire se traduit par une sorte d'hydrophobie. Elle présente des menaces de syncope. Elle a une selle verdâtre avec des matières noirâtres. Elle perd de l'urine.

Le 24. — Le matin, elle mord la canule lorsque l'infirmière pratique un lavage de gorge ; alors, elle se contracture et se cyanose. Elle est aphone. La seconde poussée éruptive persiste ; la première desquamation est abondante sur les bras et le thorax ; il y a de larges lambeaux de peau sur les doigts. La malade est amaigrie et les masses musculaires ont perdu leur volume. Des fausses membranes et de la sérosité sanguinolente s'échappent de sa bouche. Elle garde une attitude spéciale : elle est couchée sur le côté droit, les cuisses fléchies sur le bassin ; les bras légèrement contracturés, se laissent étendre facilement. Les extrémités sont cyanosées : C'est le collapsus terminal. On ne sent plus le pouls ; la température est descendue en quel-

ques heures de 38°,5 à 36°. A dix heures, la respiration est bruyante, accélérée. La malade, aphone, rage jusqu'au dernier moment. A dix heures et demie, pendant la visite, elle s'assied à demi, retombe sur le côté : mort subite par syncope.

Autopsie. — Ecchymoses sous-cutanées multiples. Sous le péritoine hépatique, existent des suffusions sanguines. Des portions du foie sont blanchâtres, décolorées. La rate est grosse, diffuente avec des infarctus multiples ; quelques-uns, sous-corticaux, sont ramollis. Les poumons sont congestionnés. Le myocarde est pâle ; dans le ventricule droit seul, il y a quelques caillots cruoriques, pas de caillots fibrineux, décolorés. Taches ecchymotiques à la surface des reins. Un rein a sa substance médullaire pâle, l'autre est gros, violacé et œdématisé. Le cerveau est anémié ; pas d'infarctus ; les plexus choroïdes sont très pâles.

OBSERVATION VII (personnelle).

Scarlatine grave. A la période éruptive, une fluxion intense, douloureuse, au niveau du genou gauche en révèle la gravité. Confusion mentale, préoccupations hypocondriaques, crainte de la mort ; hallucinations désagréables. Nuits d'angoisse, de rêve. Mort dans le collapsus au neuvième jour.

De G... âgée de dix-sept ans sans profession, entre le 15 février à l'hôpital pour scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Père mort depuis deux ans. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Prend des rhumes facilement avec un peu de bronchite ; dort habituellement avec la bouche ouverte. Elle est fortement constituée.

Scarlatine. — Le 13 février, début dans l'après-midi par mal

de gorge. Quelques heures après elle ressent une douleur vive au niveau du genou gauche, ne peut plus remuer la jambe sans douleurs vives ; application de teinture d'iode.

Le 14. — Elle garde le lit, ne peut pas se servir de sa jambe gauche. Céphalée, vomissements bilieux. Angine et la déglutition reste douloureuse. L'éruption est marquée sur le visage et les mains.

Dans la nuit, insomnie ; envies fréquentes d'uriner, ne rend que quelques gouttes d'urine à chaque miction elle pousse des cris de souffrance à cause de sa jambe.

Le 15. — La dysphagie persiste. Eruption généralisée. Douleurs dans le genou gauche, qui reste à demi fléchi, douloureux surtout en dedans vers les tendons de la patte d'oie. Douleurs lombaires. Le soir 39°,7. Dans la nuit, plusieurs selles jaunâtres ; elle boit trois litres de liquide.

Le 16. — Douleurs lombaires persistent. Le genou gauche est très douloureux vers la partie interne et de même tout le creux poplité.

A ce niveau éruption et tuméfaction intenses. La dysphagie persiste ; la langue est blanche non dépouillée.

Enanthème bucco-pharyngé très prononcé. Les ganglions angulo-maxillaires sont douloureux.

La céphalée persiste sous forme de pesanteur de la tête. Cœur : érétisme cardiaque, pouls 150 et le soir 160. Tube digestif : état nauséux, plusieurs selles, soif vive ; pas d'albumine. Le matin 40°,2 et le soir 40°,5. On donne du benzonaphtol et sous-nitrate de bismuth ; on place la jambe dans une gouttière. Dans la nuit insomnie, elle présente des étouffements avec gêne précordiale.

Elle a des hallucinations tristes, elle croit causer à sa mère

ou à une amie ; elle les appelle pour ses besoins. Elle demande le prêtre à sa mère, car elle va mourir. Elle se plaint de sa jambe ; se lève plusieurs fois, elle accuse sa mère de l'avoir abandonnée en la faisant partir de la maison.

Le 17. — L'éruption est intense. La tuméfaction est plus grande au creux poplité, le doigt appuie sur une peau œdématisée ; rouge vif. On pense à un adéno-phlegmon : pulvérisation phéniquée, pansement humide. La respiration est bonne, pouls 160 et le soir 176. La diarrhée persiste.

Pendant la nuit, après avoir fait sous elle, elle se lève va jusqu'au lit voisin pour mourir, dit-elle, dans un lit propre. On est obligé de la remonter dans son lit. Elle veut que sa voisine qu'elle prend pour une de ses amies se lève pour appeler sa mère. « Vous êtes des lâches dit-elle à ses voisines, vous me laissez mourir ». Elle cause à sa mère qu'elle croit à côté d'elle ; elle demande de l'emmener car elle se sent mourir. Comme elle attend une lettre d'une de ses amies qui est en Algérie et que cette lettre n'arrive pas, elle veut partir en voyage.

Le 18 au matin. — Elle revient à la vie réelle. « J'avais dit à ma mère que je la quitterai si elle se remariait, je l'ai quittée et, ce n'est pas simplement un rêve que j'ai eu ». Puis à l'état de veille ses peurs, ses craintes apparaissent de nouveau. Elle demande combien de temps met une lettre pour aller à Alger ; elle demande si elle va mourir, les encouragements du médecin ne la satisfont que pendant quelques minutes. A la vérité, elle peut se rappeler qu'elle était arrivée à l'hôpital un lundi, sans savoir depuis combien de jours.

La fluxion (comme une dermite intense) du creux poplité s'étend surtout du côté de la jambe ; la racine de la cuisse est indemne. Ganglions gros aux deux aines.

Les mouvements des doigts semblent douloureux. On peut faire serrer par la malade un dynamomètre qui marque 5. Un vomissement bilieux avec diarrhée. Les règles apparaissent en avance de dix jours. Le matin 40° et le soir 40°, 4 : température en plateau.

Dans la soirée elle est agitée ; la nuit l'agitation est plus grande.

Elle chante, essaie de se lever.

Répète à sa mère qu'elle va mourir ; elle boit très peu.

Le 19, elle veut s'en aller. Je ne suis plus malade dit-elle. Le cou desquame. Les lavages de gorge sont difficiles à donner, car les mouvements que la malade fait pour s'asseoir déterminent de la cyanose et des lypothymies.

Il faut insister pour qu'elle tire la langue qui est sèche. La respiration est fréquente et laisse entendre un bruit bronchique bruyant. Pouls petit, très rapide 176 ; tendance à l'embryocardie. La piqûre de caféine relève le pouls. Elle urine sous elle. Le matin 39°, 8 et le soir 40°, 1.

A dix heures du matin, lors de la visite d'un ami de sa famille, elle dit qu'elle est mortellement atteinte. Et aussitôt son délire de rêve triste et confus recommence. Elle veut quelque chose pour boire, elle veut, dit-elle, du lait sans poudre (depuis deux jours on additionnait son lait d'eau de chaux). Elle voit ses amies et se plaint sans cesse. Elle est anxieuse.

Lorsqu'on lui palpe la tuméfaction du genou gauche, elle dit qu'elle ne veut pas d'opération, elle n'est pas une chair à saucisses. On lui donne une lettre de sa mère, elle la serre convulsivement dans sa main et ne veut pas qu'on l'ouvre. « Je veux prendre la voiture pour partir. Où es-tu ? J'ai des violettes », et ses mains semblent faire un bouquet.

Elle reçoit une première visite de sa mère, elle la regarde d'un œil hagard, sans présenter aucun sentiment affectif bien net elle la reconnaît mal.

« Je m'ennuie loin de la maison ; ils m'ont traînée dans la boue ».

A midi, on fait une incision au niveau du genou gauche, à la partie postérieure. Il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente, 400 grammes de sérum artificiel. La nuit elle se plaint et cause sans cesse, ses propos ne sont pas compréhensibles.

Le 20. — Elle montre à peine la langue qui est sèche ; elle marmotte continuellement et ses mains s'agitent, tremblent. Au niveau des fesses, la peau est excoriée. Dans le pansement humide, qui couvre la jambe, il s'est fait un petit écoulement louche, pas de pus. A 11 heures elle ne reconnaît point sa mère, on ne peut pas fixer son attention ; elle ne montre plus la langue. Le soir, elle n'articule plus aucun mot. A 2 heures on lui injecte du sang défibriné d'un malade convalescent. L'injection faite au flanc ne détermine pas la moindre réaction. Elle fait sous elle, le ventre est ballonné. Elle se plaint lorsqu'on la remue, présente de la toux ; les mains tremblent dès qu'elles esquissent un mouvement. Elle n'expectore plus les fausses membranes de son pharynx ; les régions angulo-maxillaires sont tuméfiées :

A 7 heures, pouls à 176, 40 respirations, bruit trachéal. Le matin 40°,4 et le soir 40°,7. Dans la nuit elle se cyanose et elle meurt dans le collapsus, avec pâleur de la face, le 21 février à 2 heures du matin ; à 1 heure le thermomètre marquait 41°,8.

Neuf heures après la mort, des sudamina couvraient le haut de la poitrine ; nombreuses ecchymoses sous-cutanées ; les membres présentaient la raideur cadavérique. Au niveau du

genou, les tissus infiltrés laissent échapper par la plaie une sérosité louche, fluide. A l'autopsie, le foie présente par endroit des taches blanches décolorées; la rate est plutôt dure, non diffluente. Les reins se décortiquent facilement, sont blancs à la coupe, présentent de petits infarctus d'âge différent. L'endocarde est rouge et tuméfiée au niveau du bord libre de la valvule mitrale. Les poumons sont très congestionnés.

OBSERVATION 8 (personnelle).

Scarlatine grave. Troubles de la motilité et de la sensibilité. Agitation et rêvasserie, à la période d'état. Puis urémie sans hallucinations, avec intelligence intacte. Mort dans le coma avec hypothermie au treizième jour.

Eugénie D..., âgée de 36 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 7 janvier pour scarlatine.

Antécédents personnels. — A 20 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dura 5 ou 6 mois. Le 22 novembre 1898, elle accouche d'une fille, bien portante.

Scarlatine. — Début le 5 janvier 1899, par mal de gorge, frissons, insomnie. Le 6, elle garde le lit; dysphagie; un vomissement, diarrhée. L'éruption est remarquée sur les bras.

Le 7. — Dysphagie; les forces ne lui permettent pas de marcher seule. Sécrétion lactée tarie. Le soir T. 40°2.

Le 8. — Eruption typique généralisée, peu marquée sur les jambes. Le dynamomètre marque 8. La langue se dépouille; dysphagie atténuée. Angine érythémateuse avec des produits pullacés sur les amygdales; les angles de la mâchoire sont peu douloureux. Soif vive. P. 140. T. matin 40°3; soir 40°4.

Peu d'urine; albumine en petite quantité. Injection de caféine et acétate d'ammoniaque.

Le 9 janvier. — Langue un peu sèche. Diarrhée verdâtre. Soif intense. Elle n'allait plus son enfant. On n'a pas recueilli d'urine. P. 136. T. 39°,6, matin et 40° soir.

Le 10. — Elle s'agite dans son lit ; la nuit elle se lève une fois. Douleurs articulaires dans les poignets ; doigts douloureux. Elle s'assied difficilement. Elle éprouve de la douleur, lorsqu'elle change de position. Langue sèche. Foie un peu gros. Albumine. R. 30. P. 140. T. matin 39°,4, soir 40°.

Le 11. — Repose un peu le matin. L'éruption persiste. Dynamomètre : 6. Les muscles du mollet sont douloureux à la pression. La diarrhée continue ; peu d'urine, albumine. R. fréquente : 38. Pas de souffle extra-cardiaque. P. 140. T. matin 38°,8 et soir 38°,4.

Le 12. — A dormi pendant la nuit. L'éruption a pâli sur le tronc ; elle est encore assez vive sur les membres inférieurs. Sur les paupières, se voient des fissures qui ont saigné. Langue sèche. Anurie depuis 24 heures, avec de la parésie vésicale ; par le cathétérisme, on retire 365 grammes d'urine : les dernières gouttes sont très épaisses, sans pus (au microscope). Albumine en quantité. T. matin 38°, soir 38°,6.

Le 13. — Dans la nuit, elle a eu de l'oppression ; elle a fait entendre de nombreuses plaintes, tout en restant calme. Exulcérations sur les paupières. Langue sèche. R. 42. Les mouvements du diaphragme sont très prononcés. P. 100. Pas d'urine depuis la veille. T. le matin 37°,5 et le soir 38°.

Sur la région lombaire, 6 ventouses scarifiées ; 2 grands lavements froids qu'elle garde. Pendant la pose des ventouses, le décubitus ventral détermine de l'engourdissement et des fourmillements dans les membres.

Le 14. — Sur la paupière gauche, ulcérations avec des croûtes

sanguinolentes. Langue très sèche. R. 36. P. 104. T. matin 37°,7 et le soir 38°. N'a pas uriné.

Le 15. — La desquamation ne se fait pas ; peau sèche. La malade a eu du hoquet pendant la nuit. P. 100. Plusieurs selles molles. Lorsqu'on sonde la malade, on retire 400 grammes d'urine et le tube d'Esbach donne près de 4 grammes d'albumine T. matin 37°,9. Soir 37° ; 400 grammes de sérum artificiel. Du hoquet dans la soirée ; des plaintes dans la nuit.

Le 16. — Pas de céphalée. Les pupilles sont rétrécies et une demi-heure après, elles présentent une dilatation moyenne.

Langue très sèche. Diarrhée. Elle boit très peu de lait. R. 34. Tous les muscles respiratoires entrent en action ; le jeu du diaphragme très accentué. P. 96. Pas d'urine. T. matin 36°,6, soir 36°,3. Ventouses scarifiées. Deux grands lavements d'eau bouillie ; benzonaphtol, 2 grammes. Ballons d'oxygène. Lait sucré avec de la lactose.

Le 17. — A 8 heures du matin, cyanose des extrémités. Myosis. Dyspnée. R. 40. P. 100. T. 36°. Nous pratiquons une saignée de 400 grammes. La malade recouvre un peu de calme ; elle a conservé toute son intelligence. A 9 heures, les membres sont froids ; le réflexe cornéen persiste. Myosis. Respiration trachéale ; inspirations fortes, bruyantes. On ne perçoit pas le pouls.

La malade meurt à 9 heures dans le coma, sans convulsion, sans crises de contracture.

Autopsie. — Le foie est gros ; à sa surface, taches décolorées sur le lobe droit, il y a des hémorragies intra-hépatiques, comme un purpura hépatique ; du sang infiltre les espaces portes et au microscope on voit qu'il sépare les travées hépatiques. Rate grosse, friable avec des infarctus sous-capsulaires et des nodules infectieux, leucocytaires, dans le parenchyme.

Chaque rein pèse 140 grammes. Des stries rouges séparent les pyramides de Malpighi de la substance corticale, qui, suivant les points est rouge ou blanche : rein bigarré. Au microscope, desquamation de l'épithélium rénal ; les glomérules paraissent en bon état ; il existe une prolifération embryonnaire entre les tubes urinifères, qui sont plus ou moins déformés.

Cœur. — Le muscle cardiaque est dur, pâle ; il renferme des caillots fibrineux, décolorés. Plaques d'athérome sur l'aorte.

OBSERVATION 9

Marcus in thèse 1891, M. Florant.

Scarlatine ; un état maniaque, délire au quatrième jour avant l'apparition de l'albumine.

Jeune fille, 34 ans. Aucun antécédent morbide. Le quatrième jour agitation considérable et délire. Pas d'albumine dans l'urine. Pollakiurie. Vomissements. Le cinquième, urine peu abondante avec beaucoup de sang. Obscurcissement de la vision et dureté de l'ouïe. Sixième jour, urine peu abondante avec beaucoup d'albumine et de cylindres. Convulsions, et perte de connaissance. Puis elle saute hors de son lit, pousse des cris continus, se croit poursuivie, ne reconnaît personne, déchire tout ce qui est à sa portée, s'égratigne, s'arrache les cheveux. Cet accès maniaque dure deux heures ; trois personnes ne suffisent pas à la contenir. Opium, chloral, morphine sont impuissants. Obligation de mettre la camisole de force. Urine faiblement albumineuse.

Septième jour. — Elle rend spontanément une quantité d'urine plus considérable. Moins d'agitation, l'intelligence nette. Parole difficile, céphalalgie. La desquamation commence.

Huitième jour. Urine plus rare, très albumineuse. Retour de l'agitation, délire.

Neuvième jour. — Urine abondante. Intelligence claire, sommeil calme, desquamation intense.

Dixième jour. — Diminution de l'albumine qui disparaît le quatorzième jour.

Vingt-troisième jour. — Convalescence parfaite. Affaiblissement de la mémoire qui est encore un peu sensible 10 mois après la maladie.

Les accidents psychiques se sont montrés à une époque où la fièvre avait à peu près disparu.

OBSERVATION 10

Monod (Thèse de Paris, 1868).

Scarlatine. Anasarque, sans hallucination, 2 mois et demi après le début de la scarlatine.

G..., Jules, 7 ans, traité pendant deux mois par M. Barthez pour une péritonite chronique. Ouverture spontanée d'une collection purulente au niveau de l'ombilic resta longtemps fistuleuse.

Le 11 décembre. — Scarlatine. Rien dans les urines. L'albumine apparaît le 31 décembre. Elle devient assez abondante. Bouffissure du visage.

10 janvier. — A de la peine à uriner. Inflammation œdémateuse des bourses et de la verge. Matité aux deux bases en arrière. Diminution du murmure vésiculaire, à ce niveau ; quelques ronflements disséminés. Les jours suivants, l'albumine diminue peu à peu. L'œdème gagne les jambes. Toux. Râles sous-crépitants fins. Oppression modérée. Le 14, convulsions généralisées. Le malade a la figure bouffie colorée, les yeux

animés et brillants. Il parle beaucoup et semble très surexcité. Il manifeste une gaieté tout à fait inaccoutumée ; car précédemment, il était plutôt tranquille et silencieux. Précipité épais d'albumine. Huile de ricin : 30 gr. Le 15 l'excitation cérébrale a augmenté.

Loquacité intarissable et agitation continuelle.

Le matin un peu d'abattement. Le 16, disparition des signes d'œdème pulmonaire. Diminution de l'œdème des membres. Moins d'albumine. Les jours suivants, les symptômes cérébraux sont complètement calmés. Léger nuage d'albumine. Diminution de la bouffissure. Le 4 février, tout œdème a disparu. Le 23, urine normale. Le malade sort guéri.

OBSERVATION 11

Cadet de Gassicourt (Maladies de l'enfance, 1887). Scarlatine, et un mois et demi après son début, méningite cérébro-spinale suppurée, avec délire. Mort.

Jeune garçon de 8 ans 1/2, entre à l'hôpital le 5 juin 1880. Un mois et demi avant, il avait eu une scarlatine qui avait duré quinze jours.

Le 2 juin au soir, il se plaint de douleurs vives à la jambe gauche, bientôt suivies de vomissements alimentaires et bilieux.

Le 4 juin. — Douleurs lombaires et cervicales avec un peu de raideur du côté de la nuque.

Le 5 juin à son entrée : la tête est renversée en arrière, les muscles de la nuque sont en contraction permanente. Au tronc la raideur est moins nette. La percussion des apophyses épi-

neuses cervicales et les tentatives de redressement provoquent une douleur assez vive.

Sensibilité normale, réflexes normaux. Raie méningitique, céphalalgie, température 38°,7. Pouls à 80 et irrégulier.

Le 6 juin. — Même état que la veille. Pouls régulier à 120. Température à 40°,2. On pense à un rhumatisme des articulations des vertèbres cervicales et on donne 6 grammes de salicylate de soude.

Le 7 juin. — Etat aggravé. La contracture gagne le tronc qui est en opisthotonos. On continue le salicylate et en outre on applique des ventouses scarifiées. Les vomissements reparaissent le 8 juin et sont accompagnés de délire: jusqu'à ce moment l'intelligence était restée très nette.

Le 10 juin. — Demi-coma, selles involontaires; le soir frissons et claquements de dents.

Le 12 juin. — Face colorée de rougeurs fugaces. Jambes repliées sur l'abdomen, pouls à 140.

Le 17. — Au soir, la température monte à 40°4, dans la nuit les symptômes s'apaisent et le 18 au matin il était mort.

Autopsie. — Endocarde légèrement touché. On trouve une méningite spinale purulente qui occupe toute la hauteur de la moelle. Le pus entoure également le bulbe, la protubérance, pénètre dans la scissure de Sylvien et dans le ventricule gauche. Au microscope pas de granulations tuberculeuses.

Les articulations intervertébrales sont saines.

OBSERVATION 12

Calmeil, maladies inflammatoires du cerveau. 1859, t. II, p. 132.

Scarlatine et au 7^e jour : un délire maniaque, propos incohérents, vociférations, actes désordonnés et mort au 13^e jour. Thrombose du sinus longitudinal supérieur.

G..., âgée de 38 ans, mariée, mère de quatre enfants.

Antécédents héréditaires. — Elle est issue d'un père apoplectique ; sa mère et ses frères sont impressionnables, irascibles, doués d'un orgueil qui les fait passer pour ridicules.

Antécédents personnels. — G..., est douée d'un caractère vaniteux, mobile et sujette à de fréquents mouvements d'impatience ou de colère. L'époque menstruelle a toujours constitué pour elle une véritable période malade. Souvent les approches de ses règles étaient annoncées par un redoublement de susceptibilité et d'exaltation ; dans ces moments redoutés par toute sa famille, elle invente toutes sortes de prétextes pour amener des scènes orageuses ; tourmente son entourage ; pousse à bout la patience de son mari ; maltraite ses enfants. Souvent aussi elle tombait alors dans des espèces d'attaques de nerfs qui offraient surtout le caractère de l'hystérie, mais qui s'accompagnaient quelquefois des symptômes de catalepsie, d'accidents qu'on comparait à une sorte de raideur tétanique momentanée. Comme ces phénomènes hystériques se dissipaient d'habitude assez vite, on n'y attachait qu'une médiocre importance, mais on s'efforçait, dès qu'ils se manifestaient, de provoquer l'apparition du flux menstruel qui les faisait aussitôt cesser. On avait positivement remarqué que ces attaques douloureuses n'éclataient jamais pendant l'allaitement et que le caractère de la malade devenait alors beaucoup plus facile et

plus traitable; on avait donc cru devoir lui donner le conseil de prolonger le plus possible l'allaitement de ses nouveaux enfants, et elle en était venue à différer leur sevrage jusqu'à la quatrième année.

Scarlatine. — Elle était nourrice depuis 14 mois environ et semblait plus satisfaite de sa santé, lorsqu'à 38 ans G..., est atteinte d'une scarlatine d'apparence assez bénigne. Déjà on la considérait comme guérie de son affection éruptive, lorsqu'on crut entrevoir un commencement de désordre dans ses idées; on attribua ces accidents à l'influence d'un reste de fièvre et on se rappela qu'elle avait également déraisonné pendant quelques jours, trois ans auparavant après avoir perdu un de ses enfants : on comptait donc encore sur un prompt rétablissement de l'exercice intellectuel lorsque le délire prit tout à coup chez elle un caractère des plus sérieux.

Le 20 avril. — Six jours après l'invasion de la scarlatine, la malade est en proie à une exaltation intellectuelle qui la porte à parler et à s'agiter sans relâche. Elle refuse de voir son mari, ses enfants et accueille de préférence des personnes qu'elle ne connaissait guère auparavant que de nom. Au milieu de son babil, on croit entrevoir qu'elle forme des projets de mariage et qu'elle se croit entièrement libre de disposer de sa main. Une saignée abondante est aussitôt pratiquée, 30 sangsues sont bientôt appliquées aussi sur les côtés du cou et les membres inférieurs sont entourés de cataplasmes révulsifs; ces moyens de traitement n'entravent aucunement les progrès des accidents cérébraux, et, le 22 avril G..., est transportée à Charenton.

Du 22 au 24 avril. — Loquacité, incohérences dans les propos, défaut complet d'attention, insomnie, état fébrile.

Le 24 avril. — La figure est rouge et animée, les yeux sont vifs,

mobiles, hagards, les lèvres séchées, fendillées, fuligineuses ; la langue est rouge, aride, la soif vive, la peau chaude, le pouls très accéléré. La malade parle tout haut ; elle est agitée, en proie à une pétulance qui la porte à se plaindre, à remuer incessamment la tête et les membres ; elle paraît souffrir de la gorge au moment où elle fait des efforts pour avaler les liquides (tisanes acidulées, bains tièdes prolongés, diète absolue).

Le 25 avril. — Même ensemble de phénomènes généraux. G... pousse parfois des cris, se plaint d'étouffer, de manquer d'air, puis elle s'agite violemment en tirant sur ses liens et en imprimant de fortes secousses à ses membres ; elle est incapable d'accorder la moindre attention aux questions qu'on lui adresse et elle n'a point la conscience du danger où elle se trouve.

La mort a lieu dans la matinée du 26 avril ; la pétulance musculaire et la loquacité ont persisté jusqu'à la période de l'agonie.

Autopsie. — Il n'y a pas de sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens ; oblitération du sinus longitudinal supérieur et d'un certain nombre de veines rampantes à la surface du cerveau, par des concrétions fibrineuses ; injections de tous les vaisseaux de la pie-mère cérébrale, un foyer d'encéphalite à l'état d'hépatisation rouge sur le milieu de face supérieure de chaque lobe cérébral postérieur, un second foyer inflammatoire sur la région convexe du lobe moyen droit, substance corticale peu consistante dans toute la profondeur des parties enflammées. Calmeil ajoute que tous les autres organes sont dans les conditions les plus normales.

OBSERVATION 13

Scarlatine grave. Albuminurie. Manie aiguë (?). Mort au 10^e jour.
(Union méd. du N. E. 1878, p. 167).

Pauline, 22 ans. Constitution forte et toujours excellente santé. Mère morte phtisique et père mort d'une affection cérébrale (?). Caractère calme ; quelques contrariétés concernant des affaires d'intérêt.

Le 9 août. — Fièvre violente avec vomissements bilieux et mal de gorge. Le 11, éruption confluenta et fièvre toujours vive. Le 12, urines foncées, noirâtres, albumineuses. Au microscope cellules isolées ou tubes épithéliaux en fragments.

Après une nuit très agitée, le 13 au matin, Pauline commence à manifester certains troubles intellectuels très bizarres. Quand ces phénomènes cérébraux n'existaient pas, la figure avait une certaine expression de souffrance, la parole était faible, plaintive, l'intelligence parfaitement nette : puis tout à coup sans transition, la figure s'épanouissant, la parole devenait vive et forte et la malade se mettait à chanter, ou à rire, ou à parler de choses gaies. Au bout de 3 à 5 minutes, le délire se dissipait brusquement : mais la malade avait le souvenir de ce qui venait de se passer et elle s'en excusait en disant que c'était plus fort que sa volonté.

Le 14 et le 15. — Le délire continua avec des intermittences et des manifestations diverses. Tantôt c'était un délire gai, tantôt c'étaient des extases. A d'autres moments, il y avait une agitation très grande, suivie d'une sorte de prostration. Dans la journée du 16, la scène changea : le délire qui avait été calme jusqu'alors devint violent : la malade criait, gesticulait, se soule-

vait de son lit et 2 hommes robustes avaient peine à la contenir. Le chloral administré à la dose de 3 grammes et la morphine à la dose de 4 centigrammes n'amenèrent aucune sédation. Le délire si violent se calma peu à peu au bout de 8 à 10 heures et fit place à une sorte de catalepsie.

Le 17 et le 18. — Le délire se transforma encore; il était calme et les idées avaient une certaine suite. La malade s'était imaginée qu'elle devait donner à déjeuner et pendant deux jours elle fut occupée des préparatifs; elle croyait faire le pain, le cuire, le retirer du four, etc.; elle arrêtait la liste des convives et les plaçait à table. Les sueurs étaient abondantes; il y avait une sorte de sputation comme chez les aliénées et la malade refusait de boire. Il y avait de la constipation, l'urine était rare, cependant le dépôt était moins abondant, mais l'albumine avait augmenté assez notablement.

Dans l'après-midi du 18, le pouls commença à s'accélérer et le délire devint plus calme, puis subitement à 3 heures du matin, la malade tomba dans le coma et mourut 2 heures plus tard.

La régularité de l'éruption, dit le Dr Flamain, et la défervescence survenant vers le cinquième jour permettent d'affirmer que nous n'avons pas affaire à une scarlatine maligne, adynamique, qui tue pendant la période d'éruption. Les accidents urémiques surviennent beaucoup plus tard et se manifestent par des phénomènes tout différents dont l'ensemble constitue l'encéphalopathie albuminurique. Ce serait une manie aiguë survenant chez une personne prédisposée qui aurait pris beaucoup de gravité par la présence d'une quantité d'albumine, qui n'a fait que croître dans les derniers jours de la vie.

OBSERVATION 14.

(Art. anonyme, Gaz. méd. Paris. 1852, p. 801).

Scarlatine. Accidents cérébraux. délire maniaque, céphalagie. agitation extrême. Usage de potion opiacée. Cessation brusque des accidents.

Un jeune homme de seize à dix-sept ans, présente les symptômes d'une gastro-entérite avec fièvre. Il survient du gonflement aux amygdales avec un peu de douleur ; on prescrit le calomel avec gargarisme, potion adoucissante.

Une éruption de scarlatine se manifeste peu de temps après ; délire et transport furieux. Quand l'auteur de l'observation arriva il trouva les couvertures, les draps, le bonnet, jetés çà et là dans la chambre ; le malade luttait contre ses gardiens pour sortir de son lit. Un peu plus d'un décigramme d'extrait gommeux d'opium fut dissous dans 60 gr. d'eau. Le malade en prit une cuillerée, et il fut convenu qu'on lui en donnerait une autre toutes les deux heures. Au bout de deux ou trois heures, tous les accidents cérébraux avaient disparu.

La maladie se termina heureusement.

OBSERVATIONS 14 et 16

Délires fébriles et accidents ataxiques traités par des affusions froides (Trousseau. Clinique Médicale, p. 183).

PREMIER CAS. — *Cessation du délire et de l'agitation.* — Le 10 mai 1857, entrant dans les salles de la Clinique de Rostan une grosse et belle fille d'une vingtaine d'années, prise d'une scarlatine excessivement grave, et malade depuis deux jours.

Elle était en proie à un délire violent, à une excessive agita-

tion : son pouls battait 144 fois par minute et la chaleur de la peau était considérable ; nous constatons une angine scarlatineuse assez interne ; l'agitation, le délire constituaient des phénomènes sérieux et menaçants.

Je la fis mettre dans une baignoire vide et pour l'y porter, il fallut l'aide de 4 personnes, tant était violente son agitation. Je jetai alors sur son corps et assez lentement, deux cruches de la capacité de deux litres à peu près d'une eau à la température de la rivière, c'est-à-dire environ à 15 degrés du thermomètre centigrade. J'arrosai également les membres et la face, puis la malade sans avoir été essuyée, fut enveloppée dans une couverture de laine et remise au lit. Son agitation était déjà sensiblement calmée, son pouls était tombé de 10 pulsations, la chaleur de la peau était moins âcre.

Le soir, l'affusion fut répétée de la même façon que le matin, toutefois la malade opposa moins de résistance ; peu de temps après, le pouls était à 120 (le matin, il était à 144), la chaleur de la peau était beaucoup tombée. A partir de ce moment, le délire cessa, la nuit fut tranquille, et le lendemain, à la visite, la jeune fille répondait avec toute son intelligence aux questions que nous lui posions. La maladie avait repris sa marche naturelle, dégagée de toutes complications.

Bien qu'elle ait eu un peu d'albuminurie pendant une huitaine de jours, elle sortait, parfaitement guérie, bien portante, au commencement du mois de juillet, la desquamation n'ayant été complètement achevée que vers la fin de juin, au quarante-cinquième jour du début de la scarlatine.

DEUXIÈME CAS. — *Délire fébrile. Oppression et gêne de la respiration.* — Mort au septième jour. Il s'agit d'une femme de 24 à 25 ans, accouchée depuis dix jours, d'un enfant bien portant

et qui, quatre jours après, était prise de scarlatine. Il ne s'était pas produit d'accidents inhérents à l'accouchement lui-même, pas de péritonite, pas de symptômes de phlébite, mais la malade n'en était pas moins en état puerpéral, lorsque la fièvre éruptive éclate avec une extrême violence.

Au sixième jour de sa maladie, elle était en proie à un délire, à une agitation excessive. La peau était très chaude, recouverte d'une éruption d'un rouge très vif: le pouls battait 136. Nonobstant l'état puerpéral, sans tenir compte des lochies qui coulaient régulièrement, on la fit mettre sous l'affusion froide. Immédiatement après l'affusion sous laquelle elle eut une espèce de syncope, la malade témoigna d'un grand bien-être, son délire était tombé comme par enchantement; elle se trouvait soulagée des douleurs violentes qu'elle accusait dans les reins principalement, et elle se montrait reconnaissante de ce soulagement rapide.

Cependant les accidents mentaux se reproduisirent quelques heures plus tard. La nuit fut très mauvaise, et, à la visite du lendemain matin (septième jour) le délire, l'agitation, l'*oppression* étaient extrêmes; le pouls tombé au moment de l'affusion du soir de 136 à 120, avait repris sa fréquence première. L'éruption était au moins aussi vive que la veille.

Le septième jour, j'administrai une seconde affusion, immédiatement après, le délire cessa; l'agitation diminua, la malade éprouvait encore le même bien-être qu'elle avait éprouvé après la première affusion, et le souvenir de ce bien-être encore présent à son esprit, lui faisait réclamer l'eau froide dans les moments que son délire laissait lucides. Le pouls était tombé de 13 pulsations, mais l'*oppression* était toujours considérable et ne pouvait, en aucune façon, s'expliquer par l'état de sa poitrine

que nous avions auscultée sans rien trouver de particulier, ce phénomène nous donnait de sérieuses inquiétudes sur l'issue de la maladie.

En effet, les accidents nerveux s'exagérèrent bientôt et la malade succomba dans la journée.

A l'ouverture du corps, notre attention se porta spécialement sur les poumons, sur l'appareil encéphalique. Je tenais d'autant plus à rechercher s'il existait des lésions dans ces organes, que chez la première de nos malades, l'*encéphalo-méningite* avait été mise en cause pour expliquer les accidents nerveux que nous observions.

L'autopsie, faite avec soin ne nous révéla rien. L'encéphale, examiné attentivement, ne présenta aucune trace de lésions, et dans le poumon, nous ne trouvâmes qu'un peu de congestion.

OBSERVATION 17

Dr Rousseau. — Scarlatine grave. — Au septième jour, délire et agitation. Affusions froides et retour passager de la connaissance. Pas d'albumine et guérison. (Gaz. méd. Paris. 1861. p. 695).

Enfant de 4 ans 1/2 d'une constitution délicate ; malaise général, fièvre intense pendant deux jours sans symptômes du côté de la gorge.

Le troisième jour, éruption d'une scarlatine confluyente. Le quatrième jour, l'état général s'aggrave. Le cinquième jour, l'angine apparaît. Le sixième jour, la face a un aspect typhoïde, les narines sont violacées, gonflées, obstruées par des mucosités épaisses et livides ; langue et dents fuligineuses ; toute l'arrière-bouche est d'un rouge violacé, les tonsilles,

comme ulcérées, sont couvertes d'un enduit pultacé pendant que des mucosités visqueuses et brunâtres tapissent le reste du pharynx.

Lendemain (septième jour) l'état s'est encore aggravé ; agitation, délire, la perte connaissance est presque continuelle les fonctions de la peau sèche, rugueuse, épaissie, paraissent abolies. Dans cette situation, le médecin eut recours à la méthode de Currie. L'enfant est placée nue dans une baignoire vide et 10 litres d'eau froide lui sont jetés rapidement sur tout le corps ; puis elle est enveloppée d'une couverture chaude et portée dans son lit ; la connaissance revient immédiatement et dura deux heures ; la peau resta moins chaude et moins sèche.

Deuxième affusion le soir, suivie de résultats semblables ; le pouls perdit incontinent de sa fréquence, de sa faiblesse et de son irrégularité. La nuit fut calme.

Le huitième jour, l'amélioration n'est pas notable ; trois nouvelles affusions, chacune avec vingt litres d'eau froide. La nuit se passe sans délire et le jour suivant (neuvième jour) un mieux se manifeste ; la peau beaucoup moins sèche, mais toujours très rouge présente un commencement de desquamation ; le pouls est à 116-130 plus résistant.

Cessation des affusions, applications froides sur le front. A partir de ce moment, la malade entre en voie de guérison et le seul phénomène à signaler est un œdème très observé par la plupart des auteurs qui ont fait des affusions d'eau froide dans la scarlatine. Ce symptôme n'était point lié à la présence de l'albumine dans les urines et disparut en peu de temps.

OBSERVATION 18.

Quelques réflexions sur le traitement des scarlatines graves. Essai de sérothérapie. (M. Roger. Presse méd. 1896, p. 425).

17 juin. — A 8 heures du soir, entre X... âgé de 15 ans, atteint de scarlatine, depuis deux jours. Début le 15 par vertige, maux de tête, mal de gorge. Malade immobile, demi-comateux; mouvements convulsifs des membres; yeux fixes: dyspnée intense; R. 68 à la minute, P. 120 régulier, assez fort. Eruption généralisée; langue sèche, fendillée, amygdales tuméfiées, couvertes d'un dépôt pultacé. Injection de sérum de 400 grammes, 1 bain à 28°.

18 matin. — Etat général à peu près le même. T. matin, 40°2. R. 68. P. 120 très faible. Depuis le veille, le malade n'a pas uriné. Je me décidai à injecter du sang défibriné. Je stérilisai un ballon de verre à 180°, après y avoir introduit une certaine quantité de perles, et l'avoir bouché avec de l'ouate. Un malade convalescent voulut bien se laisser retirer, par une veine, 100 grammes de sang, que je recueillis; en agitant doucement le ballon, les perles fixèrent la fibrine, et j'obtins un liquide aseptique. Pendant ce temps l'état du malade s'était encore aggravé.

A 11 heures, on lui fait une saignée de 150 grammes, et on lui injecte sous la peau du ventre 80 cmc. du sang défibriné pris chez le convalescent.

A 4 heures, il dort tranquillement, respire avec calme; réveillé, il fait quelques mouvements, rythme respiratoire de Scheynes-Stockes. P. 120 faible. Langue humide. Température élevée 40° 1. Pas d'urine. Après un bain à 28°, la température

commence à descendre. A 7 heures du soir, infusion de 400 grammes d'eau salée. A 8 heures émission d'urine. A 10 heures sommeil tranquille. P. 120. R. 25.

19. — Il parle facilement, demande à manger ; éruption pâlit sauf aux membres inférieurs. P. faible régulier 80. R. 22 et depuis la veille 1100 cc. d'urine rouge foncée sans albumine. Température autour de 38° et le lendemain elle redevenait normale. Les jours suivants on ne nota rien ; jamais après un cas aussi grave, je n'avais vu une convalescence aussi rapide.

Le malade guéri, ne se souvient plus de son arrivée à l'hôpital il se rappelle seulement qu'on lui donna un bain au milieu de la nuit ; retour à la raison de courte durée, il ne se souvient ni de la saignée ni de l'injection de sang défibriné. C'est au milieu de la journée qu'il est sorti de son état comateux. Il a gardé nettement le souvenir de ma visite à 4 heures de l'après-midi et des événements qui se sont succédé à ce moment.

Notre malade, avons-nous dit, avait uriné en entrant à l'hôpital, puis, pendant 24 heures, la sécrétion rénale fut supprimée ; elle se rétablit et en 12 heures, de 8 heures du soir à 8 heures du matin, le malade rendit 1100 cc. La toxicité de cette urine a été déterminée par injection intra-veineuse sur un lapin. En 10 minutes on injecte 45 cc. L'animal présente des convulsions fort intenses, puis il se remit ; en 17 minutes, on introduit de nouveau 10 cc. ; alors des convulsions très violentes ; mâchonnement continu, abondante salivation. Respiration pénible Pupilles punctiformes, se dilataient, à la suite des convulsions. 68 respirations à la minute avec un rythme spécial : entre deux respirations fortes, on notait une respiration faible, super-

ficielle, qui se faisait sans bruit. Cet état persista 2 heures et l'animal finit par se remettre.

Du 19 au 20 juin, 1900 ccq. d'urine. Injection sur un lapin de 2.650 grammes à raison de 6 cc. à la minute. Au 30°, éclatèrent de violentes convulsions tétaniques ; au bout de 5 minutes, l'animal s'étant remis, reçut encore 4 cc. ; aussitôt, nouvelles convulsions ; après quelques interruptions, de nouvelle injection de 11 cc. Alors, convulsion énorme qui maintint l'animal en opisthotonos pendant 30 secondes ; puis, série de convulsions subintrantes ; myosis, salivation ; enfin mort 20 minutes après le début de l'expérience. Autopsie : aucune lésion appréciable.

OBSERVATION 19.

Wick, rapportée par Beach (*Le Mental Science* July, 1898).
Psychose post-scarlatineuse avec hallucination et confusion mentale.

Le Dr Wick soignait un très jeune homme, qui avait une attaque sérieuse de scarlatine. A peine la fièvre avait-elle cessé et au moment où tout semblait indiquer une rapide convalescence, le malade présente des troubles mentaux : Délire avec hallucination, agitation, insomnie et divagation. Il resta dans cette situation pendant une semaine, mais après de fortes doses de chloral, il guérit après deux mois de maladie.

OBSERVATION 20 (Inédite : M. Roger).

Scarlatine. Psychose de la convalescence au douzième jour. Délire mystique, avec agitation et idées de persécution qui dure près d'un mois.

J..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 12 février 1898.

On ne relève pas de tare héréditaire nerveuse. Pas d'antécédents vésaniques.

D'après le frère de la malade, celle-ci a un caractère irritable. Début de la scarlatine le 1^{er} février. En dehors de l'hôpital, on a noté une angine, des symptômes gastro-intestinaux et une éruption scarlatineuse, le tout accompagné d'un état général très grave.

A plusieurs reprises on a sondé la malade qui urinait mal, et on n'a retiré que peu d'urine. A son entrée à l'hôpital elle a 38°. Les réflexes sont conservés ; pas de stigmates d'hystérie.

Le 12 au soir, on remarque un délire assez doux ayant une couleur mystique ; la malade semble inspirée ; se plonge par moments dans une véritable extase. Assez souvent s'y mêlent quelques idées de persécution. Dans la nuit du 13 au 14, agitation violente, elle lutte avec l'infirmière. Chute sur le poêle et brûlure à la joue droite.

La malade donne un peu d'urine, il n'y a pas d'albumine. T. 37°6.

Le 16. — Etat général bien meilleur. Le délire persiste, mais moins accentué et sans tendance systématique. Les idées mystiques sont presque totalement dissoutes ; quelques idées de persécution persistent. La malade qui jusque-là ne répondait pas aux questions, peut dire son nom ; elle constate elle-même

qu'elle va mieux. Cependant les idées délirantes reviennent vite. Le 17, on note une hyperesthésie cutanée manifeste, qui le lendemain est moins accusée. Un peu de diarrhée et des douleurs abdominales ; un point de côté à droite. Le 26, l'état mental qui s'était amélioré, devient plus grave : agitation, délire continu ; elle dit avoir des serpents dans l'abdomen. Extrait de valériane 4 grammes.

Le 1^{er} mars. — Amélioration de l'état mental.

Elle se plaint toujours du ventre.

L'abdomen n'est ni ballonné, ni douloureux à la pression. On trouve dans la paroi abdominale, plusieurs petits lipomes, de la grosseur d'une noix. Cet examen préoccupe un peu la malade.

Le 4 mars elle se plaint toujours du ventre. A la pression, le côté droit de l'abdomen est plus douloureux que le gauche. Pas de diarrhée. La température oscille autour de 38°. On n'a pas de signes nets de lésion appendiculaire.

Le palper de l'utérus est indolore.

A partir du 8 mars, tout rentre dans l'ordre. L'état mental s'améliore d'une façon définitive ; les douleurs abdominales disparaissent, et la malade sort guérie le 27 mars.

OBSERVATION 21.

Délire ambitieux à la suite de scarlatine (M. Baillarger, Hospice de la Salpêtrière). Ann. méd. psych., 1879, p. 79.

Sommaire. — 17 ans. Scarlatine. Céphalée intense. Otorrhée. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Délire ambitieux qui dure environ 15 jours. Guérison subite à la suite d'une émotion morale, vive.

A..., âgée de 17 ans, est amenée à la Salpêtrière, sans certificat aucun et sans notes médicales ; on ne peut constater chez

elle à son entrée aucune trace de délire. Elle raconte qu'elle a été traitée pendant trois semaines à l'hôpital Necker pour une fièvre typhoïde. Elle a eu un écoulement par les deux oreilles, lequel a duré 8 ou 10 jours. Elle prétend qu'elle n'a pas eu un instant la raison troublée. Elle ne paraît avoir en effet, ni conceptions délirantes, ni hallucinations ; on ne s'explique ni pourquoi, ni comment elle est à l'hospice. Elle dit être bien réglée ; avant son écoulement d'oreille, elle souffrait beaucoup de la tête ; mais depuis que cet écoulement a commencé, elle ne souffre plus. Cette jeune fille présente du reste l'aspect des convalescents, à la suite des maladies graves ; elle est pâle, maigre, affaiblie et a des bruits de souffle carotidiens ; l'intelligence est un peu obscurcie et les paroles un peu confuses.

En attendant de plus amples renseignements on soumet la malade à un traitement tonique, amer et ferrugineux, et on se propose de l'observer.

Quelques jours après, on obtient les renseignements suivants d'une personne, amie de la malade et qui l'avait placée.

La jeune A..., est entrée le 4 avril à l'hôpital Necker pour une scarlatine précédée, pendant 8 jours de céphalalgies intenses. Le 8 avril, un écoulement fétide et abondant se fit par les deux oreilles et ne cessa que quelques jours avant l'entrée de la malade à la Salpêtrière. Allant un peu mieux, A..., sortit de l'hôpital le 15 avril ; mais elle y rentra de nouveau le 28, parce qu'on s'aperçut de symptômes nouveaux et d'un certain changement dans son caractère. De plus, la malade avait un grand appétit et mangeait beaucoup ; et malgré cela, lorsqu'elle essayait de se lever, elle avait des vertiges et des envies de vomir.

C'est pendant ce second séjour qu'un accès de délire se mani-

resta, délire assez calme d'ailleurs. La jeune malade recevant un jour la visite de son amie, lui dit dès son arrivée et sans préambule qu'il y avait une lettre sous son oreiller et qu'elle lui avait été remise par l'Empereur en personne. Cette dame étonnée de ces paroles et du calme avec lequel elles étaient prononcées, consentit à chercher la lettre sous l'oreiller de la malade ; ne trouvant rien, elle s'aperçut alors de la réalité et reconnut que sa jeune protégée avait du délire. Celle-ci, en effet, ajouta que l'Empereur venait la voir tous les jours, qu'il lui apportait de bonnes choses ; bon vin, viandes, etc. ; il va, dit-elle, me faire meubler une chambre, lui donner une pension et déjà, il a envoyé pour elle 3 millions à la dame chez laquelle elle était placée comme domestique.

Le délire va ensuite en augmentant ; la malade prétend que les religieuses de l'hôpital sont payées à 100 fr. par jour pour la soigner ; elle les traite par moment de voleuses, puis elle s'agite, refuse de parler ou de se lever et salit les vases qui sont à sa disposition, pour en faire un tout autre usage que ceux auxquels ils sont destinés.

10 juin. — Le lendemain, on interroge la jeune A... afin de vérifier ces renseignements et de s'éclaircir sur son état mental. Celle-ci avoue qu'elle nous a trompé en disant qu'elle n'avait jamais déliré. Elle raconte au contraire, qu'elle était encore sous l'influence de son accès de délire lorsqu'elle est arrivée à la Salpêtrière ; mais que, par suite d'une émotion très vive, causée par cette brusque translation, et la vue des aliénées elle a été tout à coup guérie et désillusionnée, c'est alors, que, par fausse honte elle a refusé de dire la vérité.

Elle se rappelle très bien maintenant tout ce qui s'est passé chez elle pendant son délire. Elle voyait l'Empereur près de

son lit, à côté d'elle ; elle l'entendait parler, lui dire qu'il aurait soin d'elle, qu'elle ne manquerait jamais de rien. Elle a vu également l'Impératrice près de son lit, conversant tantôt avec elle, tantôt avec l'Empereur ; c'était, dit la malade, une belle dame, avec une belle robe de soie, qui lui parlait et l'encourageait à prier Dieu, lui assurant qu'elle ne manquerait de rien.

4 juillet. — Cette jeune malade, durant tout son séjour dans nos salles, c'est-à-dire pendant six semaines, a toujours été calme, très raisonnable et très laborieuse ; la santé générale s'est rapidement améliorée.

OBSERVATION 22 (Inédite).

Service de M. le professeur Joffroy, communiquée par M. le docteur Dufour, chef de clinique.

Scarlatine. — Démence précoce consécutive. Accès maniaque, de mutisme, etc.

Per..., âgée de vingt-cinq ans, entre à Sainte-Anne le 28 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Père 58 ans, bien portant en ce moment. A l'âge de 36 ans, interné comme alcoolique, deux internements dans la même année. Mère 51 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme ; parle tard, marche à dix-huit mois, réglée à 17 ans ; pleurésie à 19 ans. En mai 1897, à Londres, fièvre scarlatine très grave ; albuminurie abondante ? reste trois mois et demi à l'hôpital et deux mois en convalescence. A l'idée de la mère, c'est depuis la fièvre scarlatine que la malade présente des troubles cérébraux.

Début en 1897, après la scarlatine, marquée par des modifications dans les lettres qu'elle adresse à sa mère. Retour en France vers le printemps 1898 pour se soigner. Douleurs dans

la tête. Modifications du caractère. Elle devient sombre, irritable. Elle s'enferme dans sa chambre, ne pensant qu'à sa santé. Elle consulte plusieurs médecins. (Période de neurasthénie).

Le 26 octobre 1898. — Elle quitte son domicile après avoir présenté des hallucinations de la vue (Fantômes. Etoiles) des idées absurdes ; elle trouve la vie absurde, drôle, les gens drôles, les mets drôles. Fugue à l'état de veille, mais inconsciente. Elle va à Ablon le 26 octobre 1898, pour voir sa sœur, ne la trouve pas.

Elle marche deux jours et deux nuits à l'aventure et on la retrouve sur le chemin de fer de Corbeil, les vêtements en désordre. Séjourne huit jours à l'hospice de Corbeil. Mutisme pendant trois jours à l'hospice.

De nouveau, hallucinations de la vue, terrifiantes (bêtes).

La malade rentre chez sa mère. Alors période d'excitation, gesticulations. Hallucinations de la vue. Tentative de passer par la fenêtre. Arrivée à Sainte-Anne après avoir présenté en somme :

- 1^o Une phase de neurasthénie ;
- 2^o Une phase d'excitation cérébrale avec hallucination de la vue, fugue et mutisme et simple délire hallucinatoire.

Entrée à Sainte-Anne le 28 novembre. Mutisme. Gesticulations bizarres ne correspondant pas aux questions posées, mais peut-être en rapport avec des hallucinations psychiques. La malade n'écrit plus.

Le 1^{er} décembre. — La malade parle, ses paroles sont incohérentes ; peut-être est-elle en proie à un délire très actif.

Dans le mois de décembre et de janvier 1899, elle passe successivement par une période de gesticulations, une période de refus d'aliments, de gâtisme, de stupeur, de mutisme, de manie avec gestes théâtraux, verbigération.

En février, phases alternées d'excitation et de calme.

En mars, est plus calme; ne parle pas.

19 mars. — Elle se montre plus aimable avec sa mère; elle ne s'est pas cachée, quand elle est venue la voir.

En résumé, elle a eu par moments les attitudes d'une hallucinée, répondant à des voix; mais si le délire qu'on ne peut saisir en tant que forme est actif, il est certainement commandé par de véritables raptus ou impulsions psychiques sans lien entre elles.

Vu: le président de la thèse.

JOFFROY

Vu: le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Lire : *article scarlatine dans les traités classiques*).

ANGLADE. — Délires systématisés secondaires, 1899, p. 116. Et congrès de Marseille, 1899.

BALL ET RITTI. — Article délire, Dict. encycl. des sciences médicales.

BAILLARGER. — Ann. méd. psych. 1879, I, 79.

BALLET. — Ann. de méd. 1894. Pres. méd., 1898.

CHASLIN. — La confusion mentale primitive, 1895.

CHÉRON. — Th. de Paris, 1866.

CLOUSTON. — De la folie post-fébrile. The Journ. of ment. Science, 1875, avril.

DOWAL. — Asylum notes on scarlet fever. The Journ. of. m. science, 1871, July, p. 210.

EMMINGHAUS. — Zur Pathologie der postfebrilen Dementia. Arch. f. Psych., t. XVII, fasc. 3.

GRASSET. — Leçons de cliniq. méd., 1896.

HAURY. — Contribut. à l'étude des neuro-cérébrites toxiques. Th. de Lyon, 1893-94.

JOFFROY. — De la folie brightique. Bullet. médical 1891, 109.
— in thèse de Florant, 1891. — In La Folie en France et en Allemagne par Roubinovitch, 1896, p. 113.

KRAEPELIN. — Psychiatrie, 1893 ; voir Ann. med. psych., 1895, t. 2, p. 275. De l'influence des mal. aiguës sur la genèse des mal. mentales. Arch. de neurologie, 1882, t. 4, p. 112.

LANDOUZY. — Des paralysies dans les mal. aiguës, thèse d'agrégation, 1880.

LOUIS. — Recherches sur la fièvre typhoïde, 1841, t. II.

MARRO. — Contribut. à l'étude des délires d'origine hypnagogique. Annali di frenatria, 1897, f. 2.

MAZAUD. — Recherches expérimentales sur les variat. de la toxicité des urines au cours de la scarlatine, thèse de Paris, 1898.

MOREL. — Mal. mentales, p. 150 et 647.

MILLS (Ch.). — The relations of infections processes to mental disease. Am. of m. science, nov. 1894.

RÉGIS. — Les psychoses d'auto-intoxication. Arch. de neurol., 1899, p. 278.

— Délires d'auto-intoxication et d'infect. Presse méd. 1898, p. 57.

RÉGIS ET CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxicat. dans les mal. mentales. Congrès de La Rochelle, 1893, p. 40 et suiv.

ROGER. — Etude clinique sur quelques mal. infectieuses. Revue de médecine, avril 1899. Et in thèse de Mazaud.

SÉGLAS. — Confus. mentale. Arch. gén. de méd., mai-juin 1894.

— Les maladies mentales et nerveuses, (leçons cliniques 1895).

THORE. — De la folie consécutive aux mal. aiguës.

TOULOUSE. — Gaz. des Hôpitaux, 1893.

— Les causes de la folie, 1893.

TROUSSEAU. — Clinique médicale, p. 160.

WORCESTER (William). — Confusional insanity. Am. journal of insanity, 1894, July.

